

**ISIS ALEXANDRINA CASANOVA**

**O ENSINO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CURSOS DE  
GRADUAÇÃO DE FONOAUDIOLOGIA DA CIDADE DE SÃO  
PAULO: O OLHAR DOS COORDENADORES**

Tese apresentada à  
Universidade Federal de São  
Paulo – Escola Paulista de  
Medicina para obtenção do título  
de Mestre em Ciências.

**SÃO PAULO**

**2007**

**ISIS ALEXANDRINA CASANOVA**

**O ENSINO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CURSOS DE  
GRADUAÇÃO DE FONOAUDIOLOGIA DA CIDADE DE SÃO  
PAULO: O OLHAR DOS COORDENADORES**

Tese apresentada à  
Universidade Federal de São  
Paulo – Escola Paulista de  
Medicina, como requisito  
obrigatório para obtenção do  
título de Mestre em Ciências.

**Orientadora:**  
**Prof Dr.<sup>a</sup> Lúcia Ruiz Moreno**  
**Co-orientadora:**  
**Prof Dr.<sup>a</sup> Ana Alcídia Moraes**

**SÃO PAULO - SP**

**2007**

Casanova, Isis Alexandrina

O Ensino da Promoção da Saúde em Cursos de Graduação de Fonoaudiologia da Cidade de São Paulo: o olhar dos coordenadores/ Isis Alexandrina Casanova , São Paulo, 2007.  
xiv- .140.f.

Tese ( mestrado) Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde.

TÍTULO EM INGLÊS: THE EDUCATION OF THE PROMOTION OF THE HEALTH IN GRADUATION COURSES OF SPEECH-LANGUAGE OF THE CITY OF SÃO PAULO: THE POINT OF VIEW OF COORDINATORS.

Palavras-chaves: 1. Promoção da Saúde 2. Fonoaudiologia 3. Ensino-Aprendizagem

Keywords: 1. Health promotion 2.Speech-language 3. Teach-learning

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA  
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE  
MESTRADO EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Diretor(a) do CEDESS: Prof Dra Maria Cecília Sonzogno**

**Coordenador do curso de Pós-graduação: Prof Dr Nildo Alves Batista**

**ISIS ALEXANDRINA CASANOVA**

**O ENSINO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CURSOS DE GRADUAÇÃO  
DE FONOAUDIOLOGIA DA CIDADE DE SÃO PAULO: O OLHAR DOS  
COORDENADORES**

**Presidente da Banca: Prof Dr.<sup>a</sup> Lídia Ruiz Moreno**

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof Dra Liliane Desgualdo Pereira**

**Prof Dra Vera L. Ferreira Mendes**

**Prof Dra Paulete Goldenberg**

**Prof Dra Otília Maria.L.B Seiffert**

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a  
minha família, pela  
dedicação e esforço em  
minha formação humana e  
profissional.*

## **Agradecimentos**

As minhas orientadoras Prof Ana Alcídia Moraes e Prof Lídia Ruiz Moreno, pela paciência, durante meus momentos de ansiedade e insegurança, souberam me compreender e ajudar, meus sinceros votos de agradecimentos.

As coordenadoras da IES que concordaram em dividir comigo um pouco de suas experiências profissionais e pessoais.

Aos amigos e amigas do mestrado, em especial a Andréa de Toledo Resende, Miriam Piazza , Silvana Maria Groth ( em memória).

As amigas Ana Paula Bianchini, Priscila de Oliveira Feliciano e Carolina Rotta de Oliveira pela preocupação, pelo cuidado e incentivo em mais um momento de minha vida.

As Professoras Raquel de Aguiar Furuie e Ângela Barreto por me incentivar sempre nos meus momentos de fraqueza, indecisão e compartilhar comigo minhas vitórias, conquistas e alegrias, tanto na minha vida profissional como na vida pessoal.

As secretárias Suely, Fátima e Renata pela delicadeza que sempre atenderam minhas solicitações.

Aos professores Rosemarie, Lacaz, Wanda, Sandra, Nicanor, Ana Lúcia, Eliana e Herval, e a secretária Luzia o meu agradecimento.

As professoras Clara Regina Brandão, Liliane Desgualdo Pereira, Zelita Guedes e Marilena Manno Vieira por acreditarem e incentivarem o meu aperfeiçoamento profissional.

As professoras Vera L. Ferreira Mendes e Paulete Goldenberg por aceitarem o meu convite.

## ÍNDICE DE QUADROS

### **Quadro 1**

Cursos de Fonoaudiologia habilitados no Estado de São Paulo. 30

### **Quadro 2**

Características das Instituições de Ensino Superior pesquisadas. 44

### **Quadro 3**

Características dos Cursos de Fonoaudiologia das IES. 48

### **Quadro 4**

Nome das disciplinas que abordam o conteúdo da promoção da saúde nos cursos pesquisados. 69

### **Quadro 5**

Ano de inserção e nome do estágio que aborda a promoção da saúde nos cursos de fonoaudiologia pesquisados. 70

### **Quadro 6**

Ensino da Promoção da Saúde: Unidades Temáticas e objetivos compreendidos na dimensão cognitiva. 74

### **Quadro 7**

Ensino da Promoção da Saúde: Unidades Temáticas e objetivos compreendidos na dimensão atitudinal. 76

### **Quadro 8**

Ensino da Promoção da Saúde: Unidades Temáticas e objetivos compreendidos na dimensão habilidades e procedimentos. 78

### **Quadro 9a**

Ensino da Promoção da Saúde: Unidades Temáticas e conteúdos programáticos. 79

### **Quadro 9b**

Ensino da Promoção da Saúde: Unidades Temáticas e conteúdos programáticos. 80

### **Quadro 10**

Estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas no ensino da promoção da saúde. 83

### **Quadro 11**

Ensino da Promoção da Saúde-Avaliação da aprendizagem 88



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

### **Gráfico 1**

Relação de vagas oferecidas pelas IES nos cursos de fonoaudiologia pesquisados. 51

### **Gráfico 2**

Idade e tempo de formação acadêmica dos coordenadores. 53

### **Gráfico 3**

Relação do tempo de docência e coordenação das entrevistadas das IES. 54

*Enquanto ensino continuo buscando,  
reprocurando. Ensino porque busco,  
porque indaguei, porque indago e me  
indago. Pesquiso para constatar,  
constatando, intervenho, intervindo  
educar e me educar. Pesquiso para  
conhecer o que ainda não conheço e  
comunicar ou anunciar a novidade.  
Paulo Freire - Pedagogia da autonomia.*

## RESUMO

O ensino da promoção da saúde constitui um aspecto importante na formação do fonoaudiólogo uma vez que, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais, os profissionais devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde. O objetivo central desta pesquisa foi caracterizar o Ensino da Promoção da Saúde em cursos de graduação de fonoaudiologia da cidade de São Paulo, sob o olhar dos coordenadores. Os objetivos específicos são: identificar momentos, situações e cenários em que são tratados esses conteúdos relativos à promoção da saúde; mapear as concepções dos coordenadores e as práticas deste ensino. A pesquisa de caráter exploratório, descritivo, foi realizada a partir de uma abordagem qualitativa. O contexto da pesquisa esteve constituído por seis instituições de ensino superior da cidade de São Paulo, sendo quatro privadas e duas públicas. Foram realizadas entrevistas com os coordenadores e análise dos planos de disciplinas que abordam a Promoção da Saúde disponibilizada por cinco instituições. A análise temática foi orientada a partir dos seguintes núcleos: características do curso, perfil dos coordenadores; concepções e ensino da promoção da saúde, estratégias de ensino e aprendizagem, recursos didáticos; avaliação e cenários. Os perfis das coordenadoras, todas do gênero feminino, possuem alta titulação acadêmica e prolongado tempo de exercício docente. O estudo revelou que, no tocante às concepções de promoção da saúde, as coordenadoras consideram os aspectos educativos como uma forma de garantir a qualidade de vida, o entendimento da importância das políticas públicas e da intersetorialidade. A importância do ensino da promoção da saúde radica na contribuição na formação ampla, integral, humanista e na atuação do fonoaudiólogo nos serviços nos diferentes níveis de assistência. Dentre as estratégias de ensino-aprendizagem e avaliação, a aula expositiva, com uso de recursos audiovisuais, e a prova, aplicada no final do processo, são as práticas mais comuns. As dificuldades referidas foram aspectos relacionados com a realização do estágio supervisionado. As mudanças ocorridas nos últimos 5 anos abrangem desde aspectos pontuais como carga horária e mudança de nome da disciplina até questões mais profundas que evidenciam adequação às atuais Diretrizes Curriculares. É necessário aprofundar as discussões e ações referidas na inclusão do ensino da promoção da saúde na forma transversal considerando o projeto político pedagógico.

## **ABSTRACT**

The education of the promotion of the health constitutes an important aspect in the formation of the speech-language since that, in accordance with the National Curricular Lines of direction, the professionals must be apt to develop actions of prevention, promotion, protection and rehabilitation of the health. The main objective of this research was to characterize the Teaching of the Promotion of the Health in courses of graduation of speech-language of the city of São Paulo, under the point of view of the coordinators. The specific objectives are: to identify moments, situations and scenes where these contents related to the promotion of health; and to map the conceptions of the coordinators and the practical ones of this education. The explore and descriptive research was realized from a qualitative boarding. The context of the research was constituted by six institutions of superior education of the city of São Paulo, four private and two public. Interviews with the coordinators had been carried through and analysis of the plans of the disciplines that approach the Promotion of the Health was given by five institutions. The thematic analysis was guided by the following nuclei: characteristics of the course, profile of the coordinators; conceptions and education of the promotion of the health, strategies of education and learning, resources didactic; evaluation and scenes. The profile of the coordinators, all of feminine gender, has high academic title and long time of teaching exercise. The study demonstrates, in regards to the conceptions of promotion of the health, the coordinators consider the educative aspects as a form to guarantee the quality of life, the agreement of the importance of the public politics and the intersectoriality. The importance of the education of the promotion of the health consolidates in the contribution in the ample, integral formation, humanist and in the performance of the in the services speech-language in the different levels of assistance. Amongst the strategies of teach-learning and evaluation, the expositive lesson, with use of data show resources, and tests, applied in the end of the process, are the practices most common used. The mentioned difficulties are the aspects related with the accomplishment of the supervised period of training. The changes occurred in the last 5 years enclose since punctual aspects as time load and change of the names of disciplines until deeper questions regarding the adequacy on the current Curricular Lines of direction. It is necessary to deepen the discussions and actions related to the inclusion of the education of the promotion of the health in the transversal side considering the pedagogical politic project.

<b>Sumário</b>	<b>Página</b>
<b>Dedicatória</b>	<b>v</b>
<b>Agradecimentos</b>	<b>vi</b>
<b>Índice de quadros</b>	<b>vii</b>
<b>Índice de gráficos</b>	<b>viii</b>
<b>Resumo</b>	<b>x</b>
<b>Abstract</b>	<b>xi</b>
<b>1. Introdução</b>	<b>1</b>
1.1. Minha trajetória	1
1.2. Questões Norteadoras e os objetivos da pesquisa	4
<b>2. Referencial Teórico</b>	<b>6</b>
2.1. Históricos da saúde no Brasil	6
2.2. Da prevenção à promoção da saúde	18
2.3. Cursos de fonoaudiologia no Brasil	25
2.4. O fonoaudiólogo e sua atuação	31
2.5. Tendências atuais na formação do fonoaudiólogo	36
<b>3. Metodologia</b>	<b>42</b>
3.1. Procedimentos metodológicos	42
3.2. Contexto de parceiros da pesquisa	43
3.3. Instrumentos de coleta de dados: entrevista e documentos	45
3.4. Procedimentos de análises de dados	46
<b>4. Resultados e Discussão</b>	<b>48</b>
4.1. Caracterização dos cursos de fonoaudiologia pesquisados	48
4.2. Perfil profissional das coordenadoras	53
4.3. Concepções sobre a promoção da saúde: a visão das coordenadoras	56
4.4. Promoção da saúde: inserção curricular	68
4.5. Componentes do plano de ensino	71
4.6. Estratégias de Ensino-Aprendizagem e recursos didáticos	82
4.7. Avaliação da Aprendizagem	88
4.8. Dificuldades, facilidades e mudanças no ensino da promoção da saúde	91
<b>5. Considerações Finais</b>	<b>108</b>
<b>6. Referências Bibliográficas</b>	<b>112</b>
<b>7. Anexos</b>	<b>121</b>

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Minha trajetória

A experiência pessoal na área da Saúde Pública ocorreu com minha entrada, no ano de 2000, na Especialização em Distúrbios da Comunicação Humana Módulo I no Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de São Paulo-Unifesp. Já no início do curso de especialização fui desafiada a trabalhar com uma turma de estágio, supervisionando alunas do 3º ano de Fonoaudiologia dessa instituição, no Centro de Saúde Lívio Amato-Vila Mariana.

No primeiro momento senti insegurança durante a supervisão, pois em minha formação acadêmica tive pouco contato com o Sistema Único de Saúde, seus princípios e diretrizes. Mas, felizmente, fui recebida pela fonoaudióloga Stela Maris Lemos Aguiar que me ajudou no desempenho de tal tarefa, contribuindo assim para um melhor conhecimento deste sistema. Desse modo, o que era para ser um estágio supervisionado de três meses durou três anos e seis meses.

No meu segundo ano de especialização, em 2001, módulo II, passei a atuar no Programa de Integração Docente Assistencial da Unifesp-EPM (Pida-Embu/Unifesp) como Fonoaudióloga da Saúde do Escolar. Nesta função, realizei atividades de promoção, prevenção e reabilitação de crianças com dificuldade de leitura e escrita, durante dois anos e seis meses.

Paralelamente a estas atividades, fui convidada pelo Centro de Estudos de Saúde Coletiva (Cesco) para atuar como professora colaboradora ministrando aulas para o 3º ano de medicina e 2º ano de fonoaudiologia. A extinção do Cesco, em 2001, deu origem aos setores de Ciências Sociais em Saúde e de Planejamento em Saúde, incorporados ao departamento de Medicina Preventiva em 2002. O setor de Planejamento em Saúde é responsável atualmente pelas aulas de Saúde Coletiva no primeiro ano do curso de medicina e no curso de fonoaudiologia, também fui convidada para ministrar aulas nestes cursos.

Durante esta trajetória, especialmente ministrando aulas, um movimento de inquietude surgiu dentro de mim: fui percebendo que deveria complementar minha formação, pois já havia notado, pela minha experiência profissional, o

quanto o fonoaudiólogo encontra dificuldades para atuar no Sistema Único de Saúde. As ações desenvolvidas no curso evidenciavam uma atenção individual e a prática clínica transposta para o atendimento público/coletivo.

Compreendi quanto é importante para o fonoaudiólogo estar inserido no Sistema Único de Saúde, mas para isso é necessário que sua formação contemple os conhecimentos que lhe permitam correlacionar a prática com as exigências sociais emergentes do sistema público de saúde vigente no país.

Estas inquietações me aproximaram da temática que envolve o processo de formação do fonoaudiólogo neste sistema amplo e complexo, de forma a identificá-la na dimensão da atuação clínico-terapêutica nos serviços de saúde em atividades que visem a promoção, proteção, prevenção e reabilitação. Foi então que surgiu a oportunidade de cursar o mestrado em Ensino em Ciências da Saúde, no Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde-Cedess em 2005, pelo interesse em pesquisar essa temática-o ensino da promoção da saúde.

### **Justificando o estudo**

A formação do profissional fonoaudiólogo ainda se caracteriza predominantemente como uma prática técnica e curativista, submetida a uma lógica privatizada e conservadora. Essa realidade remete à urgência de repensar a identidade deste profissional, assim como as metodologias de ensino nas quais se baseiam sua formação. Em geral há, nesses cursos uma centralização do conhecimento por parte do docente, que o expressa na forma de aulas pouco dinâmicas. Formado neste modelo, o estudante de graduação em fonoaudiologia se torna passivo, pois a busca autônoma pelo conhecimento não é estimulada no decorrer do curso. Junta-se a isso o fato de que a aproximação com a realidade profissional somente acontece, nos últimos anos da graduação (ANDRADE, 1996).

É importante dar atenção à real situação do fonoaudiólogo dentro do nosso sistema público de saúde, pois as universidades ainda encontram

dificuldades em desenvolver atividades dirigidas ao ensino da saúde pública. Cabe a estas instituições formar eficientemente um profissional que atenda as demandas sociais na área fonoaudiológica, mas para isto é necessário que se consolide um ensino fundamentado em novos paradigmas, sem deixar de lado a prática assistencialista (atenção à saúde), mas dando ênfase também à promoção da saúde. Estas são mudanças que estão em consonância com o perfil traçado pelas diretrizes curriculares nacionais para os cursos na área da saúde.

No ano de 1994, houve uma recomendação do Conselho Nacional de Saúde ao Conselho Nacional de Educação, por meio da resolução nº 100 do Diário Oficial da União (3 de fevereiro de 1994), para a incluir a Disciplina de Saúde Pública em todos os cursos da área de saúde. Assim, constitui-se um desafio para o ensino superior em saúde formar profissionais que atendam às reais demandas sociais, tendo em vista que a própria Constituição Brasileira, em seu artigo 200, inciso III, estabelece que, ao Sistema Único de Saúde (SUS), compete, entre outras atribuições, *“ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”* (p.120).

Uma de minhas preocupações, como profissional, decorre do fato de que historicamente o fonoaudiólogo obteve sua formação baseado na fragmentação do conhecimento em especialidades, o que se refletiu na estrutura dos currículos dos cursos de graduação de saúde como, por exemplo, disciplinas isoladas, com pouca interação. Da forma como este ensino tem se organizado, o estudante é levado a se especializar precocemente, justificado por este contexto. Entendo então que o curso precisa ser mais abrangente para formar profissionais que atendam as reais demandas da sociedade, considerando que o fonoaudiólogo contribui com seu trabalho em vários campos de atuação diversificados como, por exemplo, os serviços públicos de saúde.

Dessa maneira, exige-se, há demanda de um novo perfil de profissional de saúde que requer outras dimensões na formação: generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacidade de tomar decisões, comunicar-se com profissionais de saúde e o público em geral, atenção à saúde para desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, liderança, administração e gerenciamento, educação permanente etc.



## **1.2 Questões norteadoras e os objetivos da pesquisa**

Baseando-se nestas considerações e tendo como foco da pesquisa o ensino da promoção da saúde em cursos de fonoaudiologia da cidade de São Paulo, as questões que norteiam essa investigação são as seguintes:

1. Como o curso de fonoaudiologia prepara o fonoaudiólogo para atuar com a promoção da saúde?
2. Como e quando o ensino da promoção da saúde se insere nos cursos de Fonoaudiologia.?
3. Quais as concepções e práticas que envolvem a promoção da saúde nos cursos de Fonoaudiologia?

### **Objetivo geral**

É caracterizar o ensino da promoção da saúde, em cursos de graduação de Fonoaudiologia da Cidade de São Paulo, sob a ótica dos coordenadores.

### **Objetivos específicos**

Identificar momentos, situações e cenários em que são tratados nesses cursos os conteúdos relativos à promoção da saúde; mapear as concepções dos coordenadores, as práticas do ensino da promoção da saúde, descrever as dificuldades e facilidades do ensino da promoção da saúde.

No presente trabalho, iniciamos com o referencial teórico, consoante com o objeto da pesquisa. Situamos uma abordagem cronológica acerca do Histórico da Saúde Pública no Brasil, Movimento sanitário e a criação do Sistema Único de Saúde; apresentamos a literatura pertinente ao campo da promoção e prevenção em saúde. Neste capítulo são mencionados os cursos de fonoaudiologia no Brasil e a tendência atual propostas pelas Diretrizes para formar este profissional.

No capítulo de metodologia, descrevemos os procedimentos metodológicos, contexto e parceiros da pesquisa e procedimentos de análise dos dados.

No capítulo dos resultados e discussão, apresentamos a caracterização das instituições de Ensino Superior pesquisadas, caracterizamos o perfil e as concepções dos coordenadores sobre a promoção da saúde.

Neste capítulo também, apresentamos o ensino da promoção da saúde quanto à inserção curricular e carga horária, estratégias de ensino-aprendizagem e recursos didáticos, avaliação da aprendizagem, dificuldades e facilidades de ensinar o conteúdo da promoção da saúde e as mudanças ocorridas nos últimos cinco anos (2000 a 2005).

Além desses capítulos, destacamos nas Considerações Finais alguns aspectos relevantes no processo da investigação.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1. Históricos da Saúde no Brasil

A história da Saúde Pública no Brasil esteve basicamente associada ao controle de epidemias em áreas urbanas, endemias nas áreas rurais e a criação de institutos de pesquisa direcionados a estas questões. De acordo com Lima (2005), importantes instituições voltadas para este fim são criadas para dar combate as epidemias:

*A atenção para as epidemias nas cidades, como a da peste bubônica em 1899, no porto de Santos, esteve na origem da criação em 1900 das duas principais instituições de pesquisa biomédica e saúde pública no país: o Instituto Soroterápico Federal, transformado posteriormente em Instituto Oswaldo Cruz (1908) e Fundação Oswaldo Cruz (1970), no Rio de Janeiro, e o Instituto Butantã em São Paulo (p.33)*

A saúde pública surge exatamente como uma questão social decorrente da economia cafeeira de predominância exportadora no século XIX. Nas circunstâncias da época era de fundamental importância o saneamento dos portos por onde escoava esta mercadoria. As ações sanitárias realizadas neste período foram, em especial, nos centros urbanos como São Paulo, Rio de Janeiro e Santos devido ao crescente interesse do segmento comercial e financeiro de exportação (PUCCINI,2000).

Logo, outras ações semelhantes ocorreram em cidades de diferentes regiões brasileiras. O ativo movimento da Reforma Sanitária emergiu no Brasil durante a Primeira República, sob a liderança da nova geração de médicos higienistas ancorados na bacteriologia e tendo como cenário essencial os principais portos e centros urbanos. Em meio à década de 1910 começou a ganhar força o movimento pelo saneamento rural ou saneamento dos sertões (LIMA, 2005).

A autora destaca as viagens aos sertões, zonas rurais do Nordeste e Centro Oeste com o objetivo de levantar dados sobre as condições epidemiológicas e socioeconômicas. Neste levantamento foram se delineando dois países: o Brasil do litoral e o Brasil do sertão, que influenciaram sensivelmente os projetos intelectuais do período devido ao abandono do poder público que resultaria em um grave quadro de doenças endêmicas existentes, como sustentaram os participantes do Movimento Sanitarista da Primeira República.

Com a crescente intervenção médica nos espaços urbanos, em ambientes a serem saneados, o clima gerado foi de medo e desconfiança pela população. A situação mais tensa nesse período foi à promulgação da lei de vacinação obrigatória contra a varíola, denominada a Revolta da Vacina em 1904 (BERTOLLI FILHO, 2004)

O Movimento Sanitarista transformou a saúde em questão social e política. No que se refere às questões políticas, algumas conquistas foram realizadas como a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública por Carlos Chagas em 1920, buscando ampliar a atenção à saúde por parte do Estado Nacional e que realizou algumas ações como: o saneamento rural e urbano; a propaganda sanitária; a higiene infantil, industrial e profissional; atividades de supervisão e fiscalização; saúde dos portos e combate às endemias rurais. No entanto, essas ações propostas não entraram em vigor. (PUCCINI, 2000).

Os primórdios desta política já indicavam uma centralização do poder nas questões de saúde durante a Primeira República. Lima (2005) comenta que as ações de saúde e saneamento cabiam aos estados de acordo com a constituição de 1891. Além disso, foram estabelecidas as bases para a criação de um sistema nacional de saúde, caracterizado pela concentração e verticalização das ações do governo central.

Em 1930, criou-se o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), voltado para campanhas sanitárias, assistencialistas e o controle das patologias endêmicas. Entretanto, seus primeiros anos foram marcados pela indefinição de projetos e propostas. (PUCCINI, 2000).

Neste momento já se inicia uma política com ênfase nas ações de Saúde

Pública direcionadas para a população menos privilegiada. De acordo com Lima (2005).

*Ao Mesp cabia a prestação de serviços para aqueles identificados como pré-cidadãos: os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais, ou seja, todos aqueles que não se encontravam habilitados a usufruir os serviços oferecidos pelas caixas e pelos institutos previdenciários (p,41).*

Até então as leis garantiam poucos recursos para que os trabalhadores tivessem acesso à assistência médica e indenização por enfermidade ou acidente de trabalho. Com isso, o único meio de tratamento eram os hospitais filantrópicos.

Diante desta situação, Getúlio Vargas, na década de 30, organizou as Caixas de Aposentadorias e Pensões sob a tutela do Estado, e que garantiriam benefícios a uma vasta parcela da população urbana.

As Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados; tinham como benefícios a assistência médica curativa, o fornecimento de medicamentos, a aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, além das pensões para os dependentes de empregados e auxílio pecuniário para funeral (PUCCINI, 2000).

A autora ainda refere que, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que eram organizações de segurados por categorias de empresas (marítimos, comerciários, bancários e outros), rompe-se o vínculo entre empregado e respectivo empregador e, principalmente, o deslocamento definitivo do sistema previdenciário para a esfera do Estado por meio da subordinação dos IAPs ao Ministério do Trabalho Indústria e Comércio (MTIC).

Até então a organização destes serviços obedecia a um padrão de benefícios, direitos e deveres aos segurados, mas não eram assegurados a todos os integrantes da sociedade civil.

Lima (2005) explicita que tal dualidade tornou-se uma das marcas do sistema de proteção social de saúde no Brasil, que intensificou sua institucionalização exatamente nesse contexto, formalizando no campo da saúde uma separação que até então vinha sendo apenas esboçada.

Paralelamente a essas ações de saúde pública, desenvolveu-se o sistema previdenciário. Em 1947, foi criado o Ministério da Previdência que só vai se concretizar posteriormente.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde que absorveu as estruturas e atribuições de alguns serviços nacionais, assumindo a responsabilidade de organizar e executar o combate às principais endemias do país, entre elas a tuberculose, peste, malária, hanseníase, câncer, doenças mentais, febre amarela, além de serviços de educação sanitária, fiscalização da medicina e bioestatística (PUCCINI, 2000).

Em meio a este cenário originou uma solução intermediária. A Lei Orgânica da Previdência Social (Lops-Lei nº 3807 de 26/08/1960), posteriormente regulamentada pelo decreto nº 48.959, em setembro do mesmo ano, uniformizou os benefícios concedidos, mas manteve a organização institucional segmentada. Em um novo decreto Lei nº 72 de 21/11/1966, devido às dificuldades das antigas caixas e institutos de aposentadorias e pensões foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com o objetivo de central de corrigir os inconvenientes desta organização segmentada e com isto aumentar a eficiência do sistema. Neste período, todos os trabalhadores registrados recebiam assistência médica, o que demonstrava a irregularidade da assistência aos trabalhadores “sem carteira assinada”. (LIMA, 2002)

De acordo com Escorel (2005), o Sistema Nacional de Saúde, implantado no Brasil no período militar, caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde. Neste mesmo período, em 1966, o governo militar implantou reformas institucionais que afetariam profundamente a saúde pública e a medicina previdenciária unificou os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Segundo Bertolli Filho (2004), o INPS ficou subordinado ao Ministério do

Trabalho assumindo o patrimônio e os compromissos dos organismos que o antecederam. Estabeleceu-se assim, na esfera pública, um sistema dual de saúde: o INPS deveria tratar dos doentes individualmente, enquanto o Ministério da Saúde deveria, pelo menos na teoria, elaborar e executar programas sanitários e assistir a população durante as epidemias.

Neste contexto, o Ministério da Saúde formulou, em 1968, a Política Nacional de Saúde criando o Sistema Nacional de Saúde (SNS) com o compromisso de recuperar, reorganizar e integrar as ações de saúde em todo o país. Além desta tentativa, em 1978 o governo criou o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), visando reduzir gastos com a previdência e organizar esta demanda. Assim, o INPS passou a responder apenas pela previdência, ficando a assistência médica com o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) (PUCCINI,2000).

Essa autora destaca que as estruturas impostas pelo governo militar até então já não conseguiam absorver as demandas políticas e sociais que propunham mudanças no sistema previdenciário e sanitário. Surgem então os movimentos populares de saúde, movimento sanitário, sindical e estudantil, cujas reivindicações pleiteavam maior participação popular nos órgãos decisórios e maior prestação de serviços públicos de saúde. Estes movimentos propunham a redemocratização do país e eleições diretas para escolher os governantes.

## **A criação do SUS**

No contexto internacional, a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou, em Alma Ata (na antiga União Soviética), a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, que contou com a participação de 134 representantes de governo e de 67 organismos internacionais e nela se reconheceu a necessidade de uma ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham no campo da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo. Essa conferência contou com a participação de um grande número de países, inclusive o Brasil.

Neste encontro ficou entendido que saúde é:

*...um estado de completo bem-estar, físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (BRASIL, 2001, p. 15).*

De acordo com esta declaração, a saúde deveria ser colocada ao alcance de cada indivíduo em um país determinado, entendendo-se por saúde como um estado pessoal de bem-estar, ou seja, não só a disponibilidade de serviços sanitários, como também um estado de saúde que permite a uma pessoa levar uma vida social e economicamente produtiva. Isto significa que a saúde deve ser considerada como um dos objetivos do desenvolvimento econômico e não só como um dos meios de alcançar o tal desenvolvimento. Nesta perspectiva, o governo ao assumir a saúde para todos compromete-se a fomentar o progresso da sociedade em uma ampla frente de desenvolvimento e, portanto, deve estar empenhado a oferecer melhores condições de vida aos cidadãos.

A discussão mundial em torno desses aspectos remeteu-se à situação pela qual passou o setor de saúde no Brasil, no final da década de 70, início de 1980. Uma das iniciativas que buscou responder às reivindicações da saúde e dos movimentos sociais e políticos foi a criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE). Este programa propunha restaurar e ampliar os serviços de saúde, incluindo saneamento e habitação. Buscou-se então uma reformulação da política e da participação comunitária, mas, apesar de ter sofrido uma série de modificações, não chegou a ser implantado.

De acordo com Escorel (2005), o PREV-SAÚDE sofreu pressões por parte de todos os grupos de interesses privatistas. Na medida em que defendia um serviço integrado pautado pelos princípios da atenção primária à saúde, em bases regionais e hierarquizadas, jamais foi apresentado oficialmente, porém, permaneceu como paradigma das reformas sanitárias.



Ainda segundo essa autora, na década de 80 surgem movimentos cada vez mais fortes de contestações ao sistema governamental de saúde. As propostas para a saúde se caracterizaram pelo apoio a democratização do sistema, participação popular, universalização dos serviços, defesa do caráter público do sistema de saúde e descentralização.

Com o agravamento da crise da Previdência Social, em 1981, surge um “pacote de previdência” que previa o aumento das alíquotas de contribuição, a diminuição dos benefícios dos aposentados e uma intervenção na área da assistência médica da Previdência Social, considerada responsável pelo déficit. Foi nesse contexto que teve origem, em 1981, o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) com o objetivo de organizar e racionalizar a assistência médica por meio de medidas moralizadoras na área da saúde, visando disciplinar o atendimento médico hospitalar dos serviços conveniados e da rede pública (ESCOREL, 2005).

Em 1982, com as propostas do CONASP, foi organizado o “Plano de Reorganização da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social”, que visava a redução de gastos, melhoria da qualidade de serviços, extensão da cobertura à população rural e assumia a responsabilidade estatal sobre a política e o controle do Sistema de Saúde. Aumentaram as alíquotas de arrecadação dos empregados e os aposentados passaram também a ter descontos compulsórios. Alguns conceitos e estratégias presentes no PREV-SAÚDE foram contemplados também neste plano: regionalização, hierarquização, mecanismo de referência e contra-referência, descentralização do planejamento, execução e montagem de um sistema de auditoria médico-assistencial (PUCCINI, 2000).

Dentro do CONASP foram criados convênios trilaterais entre Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde. Os convênios ficaram sob a responsabilidade do programa de Ações Integradas de Saúde (AISs) que surgiram sob a forma de um programa dentro do CONASP e se concretizaram por meio destes convênios assinados, garantindo assim a participação e a efetividade da proposta. Além disso, foram criadas comissões colegiadas interinstitucionais em nível central (CIPLAN-Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação), em nível estadual (CIES-Comissão Interinstitucional Estadual de Saúde), regional (CRIS-Comissão

Regional Interinstitucional de Saúde), municipal (Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde) e local (CLIS-Comissão Local Interinstitucional de Saúde (PUCCINI, 2000).

As Ações Integradas da Saúde (AIS) significaram avanços consistentes em relação aos seguintes aspectos: fortalecimento da rede básica ambulatorial; contratação de recursos humanos em saúde; articulação com os serviços públicos municipais; revisão do papel dos serviços privados e na participação da população na gestão de serviços. Estes avanços não impediram retrocessos como, por exemplo, uma política de favorecimento à iniciativa privada hospitalar (ESCOREL, 2005).

Escorel (2005) destaca que em 1985 lideranças do movimento sanitário assumem efetivamente posições importantes nas instituições responsáveis pela política de saúde no país. Como expressão desta nova realidade, destaca-se a convocação, em 1986, da VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, onde se lançaram os princípios da Reforma da Sanitária. Nela se manteve proposta do fortalecimento e da expansão do setor público, e assim se aprovou a criação de um sistema único de saúde, com a separação total da saúde em relação à previdência. Em 1987, criou-se o Sistema Unificado de Saúde (SUDS), que tinha também como princípios básicos: a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária.

Todas estas transformações; a descentralização, o movimento da reforma e a organização dos municípios, agora mais atuantes na área de saúde, constituíram-se em fatores que, somados às propostas da “VIII Conferência Nacional de Saúde”, realizada em Brasília, e a composição política do Congresso Nacional na Constituinte, determinaram os principais pontos contidos na Lei do Sistema Único de Saúde na VIII Conferência Nacional de Saúde 1986. (RADIS,2001)

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi considerada como um dos eventos político-sanitários mais importantes em razão: do caráter democrático (presença de milhares de delegados representando usuários, trabalhadores da saúde, partidos políticos, diferentes níveis de governo, universidade, parlamentares, ONG); do processo social que se estabeleceu desde as

conferências municipais e estaduais; e do amplo debate estabelecido pela sociedade civil. (BRASIL, 1990)

Este processo evoluiu para um consenso político que permitiu a estruturação dos projetos da Reforma Sanitária com base em três aspectos principais: o conceito abrangente de saúde; a saúde como direito de cidadania e dever do Estado; e a instituição de um Sistema Único de Saúde. Além disso, teve como desdobramento prático o desenvolvimento de trabalhos técnicos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária que influenciou significativamente dois processos iniciados em 1987: a implantação do SUDS, pelo executivo; e a elaboração da nova constituição brasileira, pelo legislativo. (RADIS, 2001)

Outro marco que veio contribuir com a regulamentação do SUS foi a Constituição de 1988, cujo texto construído pela Assembléia Nacional Constituinte resultou de acordos dentro do Congresso Nacional. O texto da saúde foi defendido por um grupo de parlamentares apoiados pelo movimento da Reforma Sanitária.

Assim, como observa Escorel (2005), constituiu-se a base para o movimento da Reforma Sanitária, nos Departamentos de Medicina Preventiva (DPM) criados, na década de 50, na Faculdade Paulista de Medicina e na Faculdade de Ribeirão Preto. A Lei da Reforma Sanitária de 1968 incorporou a Medicina Preventiva no currículo das faculdades tornando-a obrigatória. Foi esta a base para que os DPM começassem a organizar o movimento sanitário buscando conciliar a produção do conhecimento e a prática política juntamente com a sociedade civil. Este novo campo da especialidade médica foi o *lócus* a partir do qual começou a se organizar o movimento sanitário, que buscava conciliar a produção do conhecimento e a prática política, ao mesmo tempo em que ampliava seu campo de ação, envolvendo-se com organizações da sociedade civil nas suas demandas pela democratização do país.

Esta autora assinala que no final da década de 60 desenvolve-se, na América Latina, uma forte crítica ao processo de medicalização. Os programas de medicina comunitária propunham a “desmedicalização” da sociedade com programas alternativos de auto-cuidado da saúde, com a atenção primária realizada por pessoal não profissional e a valorização da medicina tradicional. Essa discussão contra a eletização da prática médica, bem como contra a

dificuldade de acesso aos serviços médicos pelas grandes massas populacionais, teve seu ponto principal na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, em Alma Ata (Cazaquistão) em 1978, quando se reafirmou ser a saúde um dos direitos fundamentais do homem.

Em meados da década de 70 surge a proposta de reformulação da política de saúde como uma efetiva reforma sanitária.

Constituído principalmente por médicos e intelectuais de formação comunista, socialista e liberal, advindos dos DPM das faculdades de medicina, o movimento sanitário influenciou o mundo acadêmico que liderou o processo de reformulação do setor saúde e a prática da medicina numa perspectiva histórica estrutural. Buscava-se apreender as relações entre saúde e sociedade com uma forte crítica à antiga abordagem estritamente biológica da medicina (ESCOREL, 2005).

Cientes desses fatos e também do atendimento precário em saúde da população, os profissionais do setor de saúde organizaram-se na defesa da profissão e dos direitos dos pacientes. Disso resultou, ainda no final dos anos 70, o surgimento da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES). Com base nestas associações desenvolveu-se o chamado Movimento Sanitário que, ao incentivar as discussões, buscou encontrar respostas para os dilemas da política de saúde nacional. Um dos principais produtos desse movimento foi a elaboração de um documento intitulado *Pelo Direito Universal à Saúde*, que pontua a necessidade do Estado se comprometer definitivamente com a saúde da população. Nesse texto, afirma-se que o acesso à assistência médica sanitária é *direito do cidadão e dever do Estado*. A importância desse princípio repercutiu nos trabalhos da Assembleia Constituinte, promulgada em 1988. (BERTOLLI FILHO, 2004).

A Constituição de 1988 incorporou conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde com base na reforma sanitária, expressos nos artigos 196 até o 200: o conceito de saúde deve ser entendido numa perspectiva de articulação de políticas econômicas e sociais; a saúde é um direito social universal derivado do exercício da cidadania plena e não mais um direito

previdenciário; a caracterização dos serviços e ações de saúde passa a ser de relevância pública; a criação de um Sistema Único de Saúde (descentralizado, com comando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade); a saúde deve estar integrada à Seguridade Social. (BRASIL,1988).

Esse texto da constituinte representou um avanço considerável, sendo reconhecido internacionalmente como uma referência em termos de política de saúde e base jurídico-constitucional.

No período seguinte, 1989/90, foi elaborada a Lei 8.080, denominada Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, regulamentando o capítulo da saúde na Constituição. Além disso, foram criadas as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas dos Municípios, adaptando-se a legislação em âmbito regional e municipal e repetindo-se o processo de participação da sociedade com a incorporação das diferentes forças políticas na Assembléia Nacional Constituinte (GARBIN, 2000).

As Leis Orgânicas municipais, promulgadas em 1990, incorporam os princípios constitucionais federais e estaduais trazendo para os municípios um papel mais atuante frente ao Sistema Único de Saúde.

No entanto, os interesses corporativos do setor privado, bem como de grupos ameaçados com a extinção de seus órgãos (como os dos funcionários do INAMPS, SUCAM, SESP, etc) e as divergências internas no poder executivo retardaram a regulamentação do setor saúde (PUCCINI,2000).

Em 1990, o presidente Collor apresentou um conjunto de vetos à proposta aprovada pelo Congresso Nacional e que prejudicaram a implantação do SUS. Entre eles merecem destaque: os artigos referentes à regulamentação da participação e controle social (Conselhos e Conferências); e a regulamentação do financiamento do Sistema Único de Saúde (transferência direta e automática de recursos a estados e municípios, eliminação de convênios e definição dos critérios de repasse) (GARBIN,2000).

Diante disso, registrou-se uma intensa reação por parte do movimento da área de saúde, coordenado pela Plenária de Saúde, forçando um acordo entre as

lideranças partidárias no Congresso e no Governo e que resultou na Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Essa lei resgatou a proposta de regulamentação da participação social (assegurando os Conselhos e Conferências com caráter deliberativo), a transferência intergovernamental de recursos financeiros na saúde (Fundo Nacional de Saúde), repasses automáticos e condições para que os municípios e estados pudessem receber recursos federais: fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatórios de gestão, contrapartida de recursos e planos de cargos e salários (GARBIN,2000)

Assim, no início da década de 90, tem-se o processo de implantação do Sistema Único de Saúde e de um novo arcabouço jurídico: a mencionada Constituição Federal de 1988, as Constituições Estaduais, as Leis Orgânicas Municipais, a Lei 8.080/90 e a Lei 8.142/90.

De acordo com o Documento do Ministério da Saúde (1990), o SUS tem como princípios básicos:

- Regionalização e Hierarquização os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida, e a população deve acessar a rede por meio dos serviços do nível primário de atenção e que os problemas que necessitam de maior complexidade tecnológica para serem resolvidos devem ser referidos para os níveis secundário ou terciário de atenção, sempre de acordo com seu grau de agravamento, permitindo as ações de atenção ambulatorial e/ou hospitalar em todos os níveis de complexidade, o que favorece um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área de abrangência.

- Resolubilidade quando um indivíduo buscar atendimento ou quando surgir um problema de impacto coletivo sobre a saúde; o serviço correspondente deve ter a capacidade para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua competência.

- Participação dos cidadãos - garantia constitucional da participação da população na formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução pelas suas entidades representativas, e essa participação pode ocorrer por meio dos conselhos e conferências de saúde.

Na base do processo de criação do SUS encontram - se: o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população. Assim, o SUS, como política do estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde (BRASIL ,2006).

O processo de implantação deste sistema apresenta grandes possibilidades e desafios, dentro do aprofundamento dos conceitos de prevenção e promoção da saúde.

## **2.2. Da prevenção à promoção da saúde**

O termo promoção da saúde inicialmente foi usado para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva, mas ao longo do tempo seu significado foi mudando, passando a representar um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença.

Os autores que inicialmente usaram o termo promoção da saúde foram Leavell e Clark (1976) para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva descrita no modelo da História Natural da Doença. Trata-se de um modelo teórico para a medicina preventiva, focalizando amplamente o conceito de prevenção através de um enfoque que permite a compreensão de fatores essenciais envolvidos na promoção da saúde e na prevenção de doenças.

O discurso da saúde pública e as perspectivas de redirecionar as práticas de saúde, a partir das duas últimas décadas, vêm articulando-se em torno da idéia de promoção da saúde, conceito definido por Leavell e Clark (1976) como um dos elementos do nível primário de atenção em medicina preventiva. Falar sobre a promoção da saúde em suas inter-relações passa também necessariamente pelo esforço de compreender e explicitar as propostas teóricas que a definem. A aproximação da saúde e da qualidade de vida permite identificar o desenvolvimento da promoção da saúde como um campo conceitual teórico-prático que envolve mudanças profundas em valores sociais,

culturais, políticos e atitudes, implicando um processo amplo de transformação da sociedade, dos trabalhadores da saúde e do fomento às políticas públicas. Para melhor compreensão recorreremos inicialmente ao conceito mais recente de promoção da saúde definido na Carta de Ottawa.

O conceito moderno de promoção da saúde e sua prática surge e se desenvolve de forma mais rigorosa nos últimos 25 anos, em países como o Canadá, EUA e países da Europa Ocidental. Quatro importantes conferências internacionais sobre Promoção da Saúde, realizadas nos últimos 12 anos, (Ottawa 1986, Adelaide 1988, Sundswal 1991 e Jakarta 1977) estabeleceram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde (BUSS, 1999).

Este movimento liderado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) teve início, como vimos na Assembléia de Alma Ata (1978) na então União Soviética da qual resultou a Declaração de Alma Ata a qual preconizava *a proposta de saúde para todos no ano 2000* e a estratégia da Atenção Primária à Saúde, como recomendação principal, a participação comunitária e a interação intersetorial para a saúde, o que alcançou destaque especial na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986, com a promulgação da Carta de Ottawa (BRASIL, 2001).

Em relatório final, a Assembléia de Alma Ata (1978) entende que:

*...a atenção primária representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais aproximadamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (BRASIL, 2001.p. 16).*

Estas recomendações e propostas foram incorporadas aos programas de promoção da saúde e enfatizadas nos documentos elaborados durante as conferências internacionais sobre promoção da saúde. Usando esses elementos como base, a OMS lançou o programa formal de Promoção da



Saúde em 1984 (BUSS, 1999).

Esse movimento, como já foi mencionado motivou a realização em 1986 da 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde com a participação de cerca de 38 países em Ottawa no Canadá. A Carta de Ottawa, que se tornou uma referência para o desenvolvimento de idéias de promoção da saúde em todo o mundo.

A Carta de Ottawa define Promoção da Saúde como:

*...nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (BRASIL, 2001, p. 19).*

Inscrive-se desta forma num grupo de conceitos mais amplos, reforçando a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde.

A promoção da saúde, definida por Buss (1999), parte de uma concepção mais ampla do processo saúde-doença e seus determinantes. Nestes termos a promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, de diversos setores, para o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde e seus determinantes.

Esse autor explicita que a Carta de Ottawa propõe três estratégias fundamentais à promoção da saúde: defesa da causa, da capacitação e da mediação. Estas estratégias envolvem cinco campos centrais de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde.

Uma outra definição sobre promoção da saúde é dada por Czeriesnia (2003) como sendo uma concepção ampla do processo saúde-doença e seus determinantes. Neste sentido a promoção da saúde envolve a articulação de saberes teóricos e populares e a mobilização de recursos humanos institucionais e comunitários, públicos e privados, de diversos setores, para o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde e seus determinantes.

Esta visão concebe a promoção da saúde centrada em políticas públicas, na intersetorialidade, na ação comunitária e tomada de decisões com a finalidade de planejar e implementar estratégias visando a melhoria dos níveis de vida.

Uma outra concepção de promoção de saúde foca a educação em saúde como meio de promover a saúde visando a mudança de estilos de vida, como explicita Souza e Grundy (2004).

*Nessa perspectiva a ação de promover a saúde abarca um processo mais abrangente e contínuo, que envolve prevenção, educação e a participação de diferentes setores da sociedade na elaboração de estratégias que permeiam a efetividade da educação para a saúde. Ela surge com a intenção de contrapor uma abordagem mais estruturalista ao modelo biomédico, e sob esta ótica a prevenção e o tratamento das doenças, assim como a adoção de comportamento e estilo de vida saudável requerem medidas de cunho ambiental, econômico, sócio-cultural e político. Dessa forma, a promoção transcende as atividades individuais para tornar-se uma atividade coletiva (p.1355).*

De um modo geral a promoção da saúde vem sendo interpretada por estes autores (BUSS, 1999; CZERESNIA, 2003; SOUZA e GRUNDY, 2004) como uma reação acentuada à visão reducionista da saúde (etiologia, diagnóstico e tratamento), considerando que a saúde envolve inúmeras variáveis relativas ao meio ambiente e ao indivíduo, por isso sua interpretação exige um enfoque mais amplo, não sendo, portanto apropriada à visão reducionista.

Czeresnia (2003) enfatiza que estas concepções vão além de uma motivação ideológica e política, presente nas conferências. A promoção da saúde surge como uma reação acentuada à medicalização da saúde na sociedade e no sistema de saúde.

A Fonoaudiologia buscou na Medicina Preventiva os principais fundamentos para a prevenção, definindo-a como “a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e promover a saúde física e mental e a eficiência”. Entendida desse modo, promover a saúde tem como princípio evitar a perda da saúde e a invalidez depois que o homem foi atacado pela doença (LEAVELL & CLARK 1976, p. 7). O caminho para implantação de modelos de prevenção em fonoaudiologia implicou inicialmente o conhecimento do conceito de prevenção suas características e atributos principais.

Para Andrade (1996), promover a saúde em seu aspecto fundamental não depende da área da ciência que a estuda. Constitui um primeiro momento da prevenção, embora possa até não ser percebido como tal, por ser determinado por ações político-governamental e de cidadania e que deveriam propiciar o desenvolvimento econômico e a justiça social, eliminando a pobreza, a fome e a miséria. São ações que embora não se dirijam a nenhuma doença específica permitem o maior grau possível de saúde e bem-estar geral, pela melhoria da qualidade de vida para todos os cidadãos. No nível de promoção da saúde medidas são adotadas para aumentar a saúde geral e o bem-estar da população. E quanto à proteção específica, a atuação é dirigida para o combate a determinadas afecções fonoaudiológicas, segundo suas características e necessidades específicas.

Segundo Masson (1995), num primeiro momento de incorporação desses fundamentos a fonoaudiologia faz uma aplicação direta do modelo da

História Natural da Doença de Leavell & Clark para a nossa área. A preocupação com as doenças fonoaudiológicas, ou com as doenças que as causam, assinala a necessidade de investigação da História Natural da Doença Fonoaudiológica, o que marca um segundo momento de incorporação dos preceitos da Medicina Preventiva. O fato de estabelecer medidas de prevenção numa ordem progressiva aproxima mais a Fonoaudiologia do originariamente estabelecido por Leavell & Clark.

A Teoria de Leavell & Clark se baseia nos pressupostos positivistas; não as reais causas dos problemas sociais na organização da sociedade. As medidas corretivas que propõe não contemplam mudanças estruturais, antes sistematizam as ações segundo os atributos do agente causador da doença, meio ambiente e hospedeiro, limitando-se a fornecer soluções momentâneas para os problemas. Para esta teoria, a prevenção se faz com base no conhecimento da História Natural da Doença que pode ser definida como um conjunto de processos interativos, compreendendo:

*...as inter-relações do agente, do suscetível e do ambiente que afetam o processo global e o seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente ou, em qualquer outro lugar, passando pela resposta do ser humano ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte (LEAVELL & CLARK, 1976).*

Quanto mais a Fonoaudiologia foi se voltando para a doença, mais se abriu a possibilidade de pensar em sua prevenção. Assim os cursos de graduação em Fonoaudiologia adequavam seus currículos a fim de contemplarem disciplinas relacionadas à prevenção dos distúrbios da comunicação (MASSON, 1995).

Ainda segundo Masson (1995), na Fonoaudiologia as atividades de promoção de saúde aparecem ainda de forma muito incipiente. Há poucas atividades realizadas, em vista de uma tentativa maior de compreensão do conceito e das possibilidades de estabelecer práticas fonoaudiológicas que

possam promover a saúde dos indivíduos e da população em geral.

Sendo assim, podemos dizer que, por conceber a proteção específica como possibilidade de desenvolvimento de medidas que promovam a saúde fonoaudiológica, o modelo da Fonoaudiologia Preventiva continua tendo a doença como objeto de ação, concebendo tais medidas como aquelas que estão fora do campo de atuação específico do fonoaudiólogo.

No Brasil, o movimento da Reforma Sanitária, numa perspectiva ampliada da saúde, cuja principal luta foi a democratização pela saúde, considerada fundamental para uma sociedade saudável, marcou a implantação do Sistema Único de Saúde em 1988 e que preconizou a *saúde como direito de todos e dever do estado*. Segundo o Ministério da Saúde (2002), *saúde e doença são conceitos que se modificam através do tempo e da história das civilizações*.

Com base nessa consideração, fundamenta-se o princípio de que as concepções de saúde e doença desenvolvem-se e evoluem de acordo com o contexto social vivenciado pelas pessoas e com as mudanças relacionadas às necessidades de saúde de cada grupo de pessoas. Estão inseridas aí as vivências cotidianas dos indivíduos, as formas diferenciadas das experiências e trocas culturais, sobretudo o caráter específico de cada grupo na sociedade.

Neste sentido, o SUS, como política do estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos do âmbito da saúde.

De acordo com a Lei Federal Brasileira nº 8080, a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais. Assim, ter saúde implica favorecer várias dimensões do ser humano a fim de melhorar sua qualidade de vida.

De fato a saúde não é somente a ausência de doença, mas o resultado dos vários fatores da vida cotidiana e de um conjunto de políticas públicas direcionadas às necessidades da população, acima da esfera de um segmento político.

No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma

possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso País como, por exemplo : violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade de ar e da água ameaçada e deteriorada; estratégias adequadas potencializam formas mais amplas de intervir em saúde. (BRASIL,2006).

Nesse contexto, entendo que a promoção da saúde pode ser considerada como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de articular as demais políticas públicas, a reorientação de recursos humanos em saúde e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo assim na construção de ações dirigidas às transformações dos comportamentos dos indivíduos, com enfoque nos seus estilos de vida e que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.

Promover a saúde implica ainda ações amplas, integrais e intersetoriais direcionadas a indivíduos, grupos de sujeitos, comunidades e seu entorno, ações orientadas pelas concepções de sujeito social e de valorização do saber e da cultura popular, de processo saúde-doença e cuidado relacionado à historicidade, à cultura e às condições de vida das comunidades e às subjetividades das pessoas. Ações que consideram a educação como um processo democrático, participativo, dialógico, problematizador e transformador de estilos de vida.

### **2.3. Cursos de Fonoaudiologia no Brasil**

No contexto internacional, data da década de 30 do século passado idealização da profissão de Fonoaudiólogo, oriunda da preocupação da medicina e da educação com a profilaxia e a correção de erros de linguagem apresentados pelos escolares.

Em diversas partes do mundo surgiram trabalhos e profissionais interessados em conhecer esta área. Já em 1923, especialistas da Alemanha, Estados Unidos, Áustria, Tchecoslováquia e Austrália se reuniram em uma sociedade internacional, a Associação Internacional de Logopedia e Foniatria

(I.A.L.P). Surgiram especialistas nas diversas áreas da patologia da voz, fala, linguagem e audição. O seu crescimento acompanhou o desenvolvimento da medicina, da psicologia e da educação, e suas áreas afins. Não havia ainda, cursos que formassem fonoaudiólogos. Eram os médicos, os enfermeiros, os educadores e posteriormente os psicólogos que eram vinculados a esta área. Em 1930 surgiram nos Estados Unidos os cursos de graduação de nível superior e, mais tarde, os cursos de pós-graduação de *stricto sensu* (MEIRE, 1996).

Essa mesma autora relata que neste contexto a fonoaudiologia se expandiu e chegou à América do Sul na década de 1950. Na Argentina, o Dr. Julio Bernaldo Quirós tomou a frente do movimento e criou, na Escuela Superior de Fonoaudiologia na Universidad Del Museo Social Argentino, um curso de foniatría (especialidade médica) e um de “logopedia” para formar profissionais de nível superior aptos para trabalhar em avaliação, diagnóstico e terapia com as patologias da voz, da fala, da linguagem e da audição, eram os *logopedistas*.

Datam desta época as divergências quanto ao nome atribuído à área em questão e aos profissionais que nela trabalhavam. “*Fonoaudiologia*”, “*logopedia*”, “*terapia da palavra*” eram os nomes usados na época.

A vinda do Dr Julio Bernaldo Quirós e Rosa Vispo, e a ida à Argentina de dois médicos brasileiros que foram para se especializar em foniatría, Dr Américo Morgante e Dr, Mauro Spinelli e foi por iniciativa destes especialistas que foram criados os cursos de graduação em logopedia, para formar terapeutas que trabalhassem com indivíduos portadores de problemas de voz, fala , linguagem e audição, ambos com um ano de duração inicialmente em suas universidades de origem-Universidade de São Paulo e Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Surgiram assim, na década de 60 os primeiros cursos de Fonoaudiologia no Brasil. O primeiro deles, o curso de ortofonia, era vinculado à Clínica de Otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1960). Tinha um ano de duração voltado para a formação de ortofonistas e exigia, como critério de seleção, que os candidatos fossem professores formados, de preferência os que tivessem trabalho ligado a crianças excepcionais. Portanto , apesar de ligada à área médica , tendo como objeto de estudo a doença, associou-se a atividade do fonoaudiólogo à área

educacional (CAVALHEIRO, 1997; OKIDA, 2000).

Em 1967, este curso, já com a denominação de Curso de Fonoaudiologia, passou a ser ministrado em três anos, formando o profissional fonoaudiólogo.

O exame vestibular era elaborado pela Clínica de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da USP e em 1974 passou a ser de responsabilidade do Departamento de Clínica Médica da FMUSP.

Em outubro de 1975, com autorização do Conselho Universitário da USP, o curso começou a ter duração de quatro anos a partir de 1976. No entanto seu reconhecimento pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) somente ocorreu em 1983.

Em 1991, o Curso de Fonoaudiologia foi transferido para o Campus Universitário, onde foi inaugurado um Centro de Docência e Pesquisa.

A partir de 1992 o curso desenvolve atividades de aperfeiçoamento, especialização e aprimoramento, dirigidos aos fonoaudiólogos, todos ligados à pós-graduação.

Em 1961 instituiu-se o curso de Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras São Bento, ligada ao Instituto de Psicologia e à Clínica Psicológica. Os incentivadores e responsáveis foram o Dr. Enzo Azzi, médico e diretor do Instituto de Psicologia, e a Psicóloga Dra. Ana Maria Poppovic, diretora da clínica de Psicologia da PUC-SP. Neste curso a formação do fonoaudiólogo esteve influenciada pelo envolvimento de psicólogos na busca de soluções para os problemas escolares, favorecendo a integração da psicologia com a educação na realização deste curso. Semelhante ao curso da USP, iniciou-se também com um ano de duração, sem exigência de vestibular, a seleção começou a ser feita em 1964 e se aplicava aos candidatos testes psicológicos. O primeiro vestibular ocorreu em 1965 e ainda não era unificado. Em 1967 passou a ser ministrado por três anos e em 1971 a ter quatro anos de duração, o que é mantido até hoje. O vestibular antes separado dos outros cursos, passou a ser unificado, o que representava o *status* de nível superior (MEIRE 1996).

Posteriormente, foi criado o curso de fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Maria-RS. Em 1967 a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) deu início a seu curso.



Em 1968, na Escola Paulista de Medicina, iniciaram-se as atividades de ensino na Fonoaudiologia sob orientação do Prof. Dr. Pedro Luiz Mangabeira Albernaz, com dois anos de duração. Em 1981 foi criada a Disciplina de Fonoaudiologia, pelo Prof. Dr. Raymundo Manno Vieira como integrante do Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia e, posteriormente, denominada Disciplina dos Distúrbios da Comunicação, em 1985. (OKIDA e VIEIRA, 2000).

Em 1988 este curso re-organizou a Disciplina Distúrbios da Comunicação Humana em, pelo menos, duas grandes áreas de concentração, surgindo então a Disciplina dos Distúrbios da Audição, como integrantes do Departamento de Otorrinolaringologia e Distúrbios da Comunicação Humana.

No ano de 2003, o Conselho Universitário da Universidade Federal de São Paulo reconheceu e autorizou a criação do Departamento de Fonoaudiologia, constituído pelas Disciplinas dos Distúrbios da Audição e os Distúrbios da Comunicação Humana, cujos objetivos são assistência, ensino, pesquisa e extensão. O Departamento de Fonoaudiologia atua no Curso de Graduação em Fonoaudiologia - com duração de 4 anos, e nos Cursos de Pós Graduação em dois níveis: os Cursos de Aperfeiçoamento e Especialização em Distúrbios da Comunicação Humana: Campo Fonoaudiológico - *lato sensu* e nos Programas de Pós-graduação em nível de Mestrado e Doutorado em Distúrbios da Comunicação Humana: Campo Fonoaudiológico. (<http://www.unifesp.br/dfono/historia.htm>. Acesso 14 de janeiro de 2007).

Em 9 de Dezembro de 1981, pelo então presidente João Figueiredo, foi sancionada a Lei nº 6965 que regulamentou a profissão de Fonoaudiólogo. Além de determinar a competência do Fonoaudiólogo, a partir da Lei foram criados os Conselhos Federais e Regionais de Fonoaudiologia, tendo como principal finalidade a fiscalização do exercício profissional.

As atividades do Conselho Federal de Fonoaudiologia tiveram início em 1983. Em 15 de setembro de 1984, pela Resolução CFFa nº 010/84, foi aprovado o primeiro Código de Ética da profissão, que reunia os direitos, deveres e responsabilidades do Fonoaudiólogo, inerentes às diversas relações estabelecidas em função de sua atividade profissional.

Segundo o Ministério da Educação e Cultura (MEC), no Estado de São

Paulo atualmente estão habilitados 31 cursos de fonoaudiologia, dez na cidade de São Paulo, mas apenas seis ofereciam o curso de graduação em fonoaudiologia até o momento da coleta de informações para realizar a presente pesquisa, pois os demais não possuíam alunos de graduação em fonoaudiologia. No quadro a seguir é possível visualizar estas instituições.

<b>Instituição de Ensino Superior</b>	<b>Cidade/UF</b>
<u>Universidade de São Paulo - USP</u>	Ribeirão Preto-SP
<u>Faculdades Integradas de Fernandópolis - FIFE</u>	Fernandópolis-SP
<u>Centro Universitário Nossa Senhora Do Patrocínio - CEUNSP</u>	Itu-SP
<u>Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas - FMU</u>	São Paulo-SP
<u>Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUCSP</u>	São Paulo-SP
<u>Centro Universitário de Araraquara - UNIARA</u>	Araraquara-SP
<u>Universidade de São Paulo - USP</u>	Bauru-SP
<u>Universidade de Guarulhos - UNG</u>	Guarulhos-SP
<u>Universidade do Sagrado Coração - USC</u>	Bauru-SP
<u>Universidade de São Paulo - USP</u>	São Paulo-SP
<u>Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP</u>	São Paulo-SP
<u>universidade de Franca - UNIFRAN</u>	Franca-SP
<u>Centro Universitário São Camilo – SÃO CAMILO</u>	São Paulo-SP
<u>Universidade Paulista - UNIP</u>	São Jose Do Rio Preto-SP
<u>Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP</u>	Ribeirão Preto-SP
<u>Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC-Campinas</u>	Campinas-SP
<u>Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP</u>	Marília-SP
<u>Universidade do Oeste Paulista - UNOESTE</u>	Presidente Prudente-SP
<u>Centro Universitário do Norte Paulista - UNORP</u>	São Jose Do Rio Preto-SP
<u>Universidade Metodista de São Paulo - UMESP</u>	São Bernardo Do Campo-SP
<u>Centro Universitário de Votuporanga - UNIFEV</u>	Votuporanga-SP
<u>Universidade Metodista de Piracicaba - UNIMEP</u>	Piracicaba-SP
<u>Universidade de Marília - UNIMAR</u>	Marília-SP
<u>Centro Universitário Lusíada - UNILUS</u>	Santos-SP
<u>Faculdades Integradas Teresa D'Ávila - FATEA</u>	Lorena-SP
<u>Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa São Paulo - FCMSCSP</u>	São Paulo-SP
<u>Faculdade de Ciências da Saúde de São Paulo - FACIS</u>	São Paulo-SP
<u>Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP</u>	Campinas-SP
<u>Universidade Bandeirante de São Paulo - UNIBAN</u>	São Paulo-SP
<u>Universidade Bandeirante de São Paulo - UNIBAN</u>	São Paulo-SP
<u>Universidade Paulista - UNIP</u>	São Paulo-SP

Quadro 1- Cursos de Fonoaudiologia Habilitados no Estado de São Paulo. Fonte: BRASIL, Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Institucional.(2005)

## **2.4. O Fonoaudiólogo e sua atuação.**

Em um estudo histórico desenvolvido por Berberian (2001), a autora reconstituiu o histórico da fonoaudiologia que teve suas origens na década de 30 com o objetivo de uniformizar a língua Brasileira, reduzir os distúrbios da linguagem decorrentes do contato com outros idiomas, dialetos ou línguas que poderiam ser reproduzidos pelos adultos e principalmente pelas crianças. Com este argumento a família deixaria de ser responsável pelo ensino das línguas a seus filhos, deslocando-se para a instituição escolar esta responsabilidade. Isso levou alguns professores a alterarem paulatinamente seu papel para terapeutas da palavra ou especialistas dos erros das palavras. A valorização do professor esteve associada à figura de um profissional que deveria ser técnico e cientificamente bem formado, abrindo espaço para a consolidação do discurso da competência especializada que evoluiu para a própria configuração da Fonoaudiologia.

Assim, neste período de sua constituição na década de 30, segundo o estudo de Berberian (2001), as práticas da fonoaudiologia foram desenvolvidas no âmbito escolar e, devido ao seu caráter reabilitador, aproximou mais a fonoaudiologia das áreas da medicina e da psicologia.

Nas últimas décadas a fonoaudiologia amplia cada vez mais seu campo de atuação, considerando a importância de suas contribuições para o bem-estar do ser humano. Considerando a saúde integral como direito de todos e dever do Estado, a assistência fonoaudiológica que inicialmente oferecia um atendimento clínico e individual, com o tempo passou a contribuir pelo trabalho de seus profissionais nos serviços públicos de saúde.

Alguns autores enfatizam a importância deste profissional nos serviços públicos de saúde. Segundo Marin et al (2003), a atuação fonoaudiológica nos serviços públicos de saúde implica não só uma mudança do espaço, que anteriormente era apenas em consultórios particulares, marcado por práticas assistencialistas e reabilitadoras, como também mudança na adaptação às instituições e seus preceitos já estabelecidos.

Desta forma é essencial que haja o conhecimento acerca da Fonoaudiologia e sua inserção no Sistema Único de Saúde (GOULART, 2003).

O SUS é um sistema único e integrado por uma rede regionalizada de ações e serviços, visa a redução de doenças e o acesso universal e igualitário da população. Tem como prioridade ações preventivas, garantindo a participação da comunidade nas decisões e assegurando igualmente a gratuidade dos serviços.(GARBIN, 2000).

Como já mencionado esse sistema incorpora um conceito de saúde enquanto direito universal e responsabilidade do governo, obtendo como aspectos determinantes e condicionantes o meio físico, sócio-econômico e cultural, além dos fatores biológicos e a oportunidade de acesso aos serviços de saúde que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde. (Brasil , 1990).

Diante destas perspectivas, a saúde assume um caráter mais amplo, ultrapassando a visão restrita de ausência de doença, para a compreensão das condições de vida e trabalho, de inter-relação de fatores bio-psico-sociais, primordiais para melhoria da qualidade de vida.

Exercer a Fonoaudiologia no âmbito da saúde pública significa sua inserção na estrutura do Sistema Único de Saúde em todos os seus níveis de atuação: hospitais, unidades básicas, ambulatorios de especialidades e postos de saúde. (DAHAN, 2001)

O fonoaudiólogo que atua em serviço público poderia ser um generalista, capaz de identificar as questões fonoaudiológicas de maior relevância na sua comunidade de abrangência. Elaboraria e efetivaria ações, visando sua solução, bem como adotaria as medidas preventivas cabíveis, prestando um atendimento de qualidade à população (BEFI, 1997).

As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde devem ser garantidas nos variados aspectos associados à comunicação humana em todo ciclo vital, uma vez que a comunicação humana abrange o falar, o ouvir, o ler, o escrever e os informes não verbais (expressões faciais, gestos, hesitações e o próprio silêncio). A qualidade desses aspectos é determinante para autoconfiança, felicidade e segurança, propiciando uma comunicação mais efetiva e fundamental para saúde do sujeito (ANDRADE, 1996).

Desde suas origens, a Fonoaudiologia tem dialogado com outras disciplinas em busca de um conhecimento que possa referendar suas ações. Assim como em diversas outras áreas da saúde, a fonoaudiologia também tem

refletido sobre sua formação profissional e sua atuação no SUS. Com a inserção do fonoaudiólogo nos serviços de saúde pública, nos anos 80, foi preciso rever conceitos e prática. Em consequência disso, na década de 90, surgiram trabalhos como de Masson (1995), Andrade (1996), Befi (1997) e Mendes (1997), que analisaram o fazer fonoaudiológico no período. Esses autores mostraram que as práticas vigentes, com frequência, apresentavam-se distanciadas da realidade que construía os processos saúde e adoecimento da população e, por isso, dificultavam o acesso do usuário aos serviços públicos (CHUN 2004).

Na década de 80, a inserção do fonoaudiólogo sobretudo no sistema público de saúde, levou alguns autores da área a se apropriarem de discussões e reflexões quanto a sua atuação individual e curativa em uma lógica mais abrangente aplicável à saúde coletiva.

Desde a década de 80, o fonoaudiólogo tem se preocupado com sua inserção basicamente clínica no sistema de saúde e que tem, ao longo do tempo, propiciado seu crescimento profissional. Inicialmente, o fonoaudiólogo tentou reproduzir a clínica de seu consultório particular no sistema de saúde e os resultados não foram satisfatórios. Posteriormente, percorre uma trajetória em busca de uma melhor atuação na saúde em todos os níveis (WERTZNER 1997).

A fonoaudiologia tem se empenhado em buscar sua ação preventiva, como prática articulada a um sistema de atenção à saúde. Portanto, numa perspectiva da Saúde Coletiva, o fonoaudiólogo trabalha junto a toda população das coletividades, a fim de alcançar determinantes da situação atual de saúde. Analisa sistemas que ocorrem e tenta solucionar os desequilíbrios (HILGERT, 1988 apud ANDRADE, 1996) ; (BEDIN, 1988).

Esta atuação é assegurada pela Lei nº 8080/90, Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços (ANDRADE, 1994).

Nos cursos de Fonoaudiologia, a área da saúde pública tem sido incluída como um campo de estudo. Porém, na prática profissional, o fonoaudiólogo, ainda tem sido caracterizado como predominantemente técnico, sendo os poucos e limitados programas desenvolvidos junto à população parciais, não sequenciais, atemporais e, frequentemente, caracterizados como treinamentos. Frente ao sistema de saúde nacional, tais esforços são vistos como de relativa

importância, mas não críticos ou essenciais (ANDRADE, 1996).

Para Guedes (1997), o fonoaudiólogo está longe de ser reconhecido e utilizado plenamente no SUS. Embora os primeiros cursos para a formação apareçam por volta da década de 60, apenas em 1981 se tem o reconhecimento da profissão com a Lei nº 6.965/81, a qual apresenta itens que promulgam, como competência do profissional habilitado, o desenvolvimento do trabalho de prevenção no que se refere à área de comunicação escrita e oral, voz e audição. Entretanto, novos questionamentos têm surgido a respeito desta formação, principalmente sobre sua inserção e atuação no Sistema Único de Saúde.

Para Andrade (1988), a atuação do fonoaudiólogo implica uma formação acadêmico-cultural que não seja orientada somente para a ação em função de afecções observáveis e reforçada pela venda de serviços profissionais a quem puder ou se dispuser a comprá-los, restringindo seu campo de atuação às classes econômicas favorecidas.

Lins (1988) e Guedes (1990) consideram que a formação dos profissionais na área tem ênfase curativa e não preventiva. Os mesmos destacam que os cursos de graduação habilitam os alunos para uma atuação no nível terciário, quando muito com alguns aspectos voltados para o secundário.

Para Lins (1988), é necessária a real inserção do fonoaudiólogo em todos os níveis de assistência à saúde. Além da política governamental, é também responsabilidade do fonoaudiólogo e das instituições de ensino superior colaborarem para avançar em direção à realidade social do seu campo de atuação profissional.

Para Andrade (1996), pensar na identidade profissional reverteria em melhores níveis de assistência à população, na qualidade de ensino para a formação do fonoaudiólogo e na expansão do conhecimento dos modelos teóricos e práticos, incentivado pelo aprimoramento da pós-graduação e do desenvolvimento de pesquisas identificadas com as reais necessidades sociais.

As incursões da Fonoaudiologia no terreno da Saúde Pública, seja no que diz respeito a questões conceituais, seja na análise e sistematização de experiências no cotidiano, são ainda muito recentes e pouco desenvolvidas, principalmente se considerarmos que a própria área da saúde no Brasil, ao longo de sua história, é marcada por uma sucessão de crises e por um grau

considerável de dificuldades e problemas (MENDES, 1999).

Para Mendes (1999), de qualquer modo, desde a criação do SUS e da entrada mais efetiva do fonoaudiólogo nos serviços de saúde, no final dos anos 80 e início dos anos 90, com a criação de cargos e realizações de concursos públicos em várias prefeituras e estados, esta relação do fonoaudiólogo com o serviço público passa a interessar mais de perto a área dos distúrbios da comunicação e o assunto começa a ganhar espaço na agenda do fonoaudiólogo.

Com a saúde pública em evidência, o fonoaudiólogo abre um campo de trabalho até então pouco explorado. Isso vem implicando tanto a necessidade de construir um novo repertório capaz de situá-lo em referenciais teóricos, técnicos e institucionais da saúde pública, como também capacitá-lo a dar conta das demandas clínicas, preventivas e de promoção à saúde que forem pertinentes.

Na tentativa de constituir este “novo” campo de atuação, o primeiro movimento na área foi o de tomar a saúde pública uma prática de extensão do consultório clínico, desconsiderando os universos, conceituais e institucionais envolvidos na saúde pública.

Okida (1996), em sua pesquisa, ao relatar a trajetória dos cursos de fonoaudiologia no Brasil, enfatizou três objetivos que caracterizaram os cursos de fonoaudiologia :

- o primeiro objetivo se caracterizou pelo pioneirismo da década de 70, objetivando formar profissionais reabilitadores;
- o segundo objetivo se caracterizou pela regularização dos cursos em funcionamento o que se estendeu até meados da década de 80. Além disso criou uma discussão para impedir que o profissional fonoaudiólogo virasse um tecnólogo e sim um profissional liberal da saúde e assim auxiliar em diagnósticos e reabilitação;
- o terceiro objetivo se caracterizou pela multiplicação dos cursos graduação e pós-graduação. Esta fase, que se estendeu do início da década de 80 até os dias atuais, é marcada pelo surgimento de programas, principalmente em níveis de pós-graduação, voltados a uma formação de profissionais capazes de atuar na prestação de serviços de saúde e desenvolver pesquisas relacionadas aos distúrbios da comunicação humana.

Ainda na década de 90 o fonoaudiólogo passou a ser entendido como



um profissional de formação multiprofissional nas ações de atenção à saúde e que tem importante papel em equipes interdisciplinares de promoção à saúde, podendo atuar em programas de atenção a saúde e assim nas ações de saúde pública, quando se somam as intenções de qualificá-los para atuar em equipes de promoção de saúde pública em nível primário.

Okida (1996) conclui que as revisões nos objetivos dos cursos de fonoaudiologia se fazem necessárias para que se transfira a abrangência dos currículos plenos dos referidos cursos para os campos dos conhecimentos mais atuais em questões de saúde.

## **2.5. Tendências atuais na formação do fonoaudiólogo**

Considerando que a nossa história de formação e exercício profissional em saúde é marcada pelo desenho de um currículo baseado no modelo biomédico de ensino, podemos dizer que há um consenso entre os críticos da educação e dos profissionais da saúde em relação a este modelo pedagógico hegemônico, com abordagem biológica, organizada de maneira compartimentada e isolada que fragmenta a visão do indivíduo, centra os cenários de aprendizagem nos hospitais, adotando modelos de avaliação somativa e precoce especialização dos profissionais da saúde.

Como afirma Feuerwerker (2004), o modelo biomédico hegemônico, por exemplo, expressa uma busca da padronização do processo saúde-doença, focos de intervenção em massa, serviços tecnológicos altamente especializados que fragmentam as populações sob sua assistência.

Chun (2004) afirma que a produção científica em Fonoaudiologia tem se expandido, e se tem intensificado as críticas e os questionamentos sobre a formação e a prática profissional, resultando num movimento com vistas à mudança curricular.

Desta forma, se torna essencial um novo eixo de orientação curricular na graduação em saúde para a integralidade, para ampliar a qualidade da atenção à saúde à população brasileira.

O que se busca é a intervenção no processo formativo para que os programas de graduação possam deslocar o eixo de formação centrada na assistência individual, prestada em unidades hospitalares, para um processo de formação mais contextualizado, que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para enfrentar os problemas do processo saúde/doença da população. Isto implica estimular uma atuação interdisciplinar, multiprofissional, que respeite os princípios do controle social e do SUS e que atue com responsabilidade integral sobre a população num determinado território (REDE UNIDA, 1998).

Podemos dizer que a principal indicação para o processo de mudança é adequar a formação do profissional da saúde às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS) mas, para isso, as dificuldades ainda ocorrem em diversos pontos.

Em relação a este aspecto Feuerwerker (2002) afirma que os processos profundos de transformação na formação são complexos e envolvem mudanças conceituais, de postura, de lugares e de relações institucionais, bem como o enfrentamento de conhecimentos e valores cristalizados hegemônicos, e a construção de alternativas que não estão dadas. Para essa autora, esses processos implicam conflitos, pressões e confrontos permanentes e, por esta razão, estão constantemente em risco. É importante lembrar que a educação médica está relacionada as macroestruturas e tendências econômicas e políticas, ao conceito de saúde e de necessidades de saúde, que são historicamente definido, à organização dos serviços e políticas de saúde e, particularmente, à prática médica.

Nos últimos anos, em especial nos cursos de medicina e enfermagem, houve um movimento de promover uma reflexão sobre este modelo tradicional da formação do profissional e de estimular os centros de formação a buscar outras formas de melhorar este ensino no que se refere ao eixo teórico, abordagem pedagógica, cenários de práticas etc. A questão também ganha força na sociedade que começa a exigir melhores serviços de saúde e isso implica formação profissional qualificada capaz de prestar atendimento integral e mais humanizado, de trabalhar em equipe e de compreender melhor a realidade e necessidade da população.

Considerando que o SUS, de acordo com o que está previsto na

constituição, deveria ordenar o processo de formação profissional na área da saúde com base no grande número de profissionais que este absorve, o ensino deveria integrar-se a esta rede de saúde.

Na busca de reorientar esta formação, várias discussões têm norteado as políticas de saúde, formuladas com o propósito de melhorar a qualidade do atendimento e de vida da população, dentre elas citamos o AprenderSUS, VerSUS. Nessa perspectiva, podemos entender o enorme esforço desencadeado em torno da elaboração e implementação das Novas Diretrizes Curriculares para os cursos da área da saúde. Este movimento constitui sem dúvida o eixo central do processo de mudança do ensino superior em saúde na grande maioria das escolas, e em potencial nas escolas médicas e de enfermagem.

Esta mobilização do pensamento nacional para a mudança da graduação envolve a formação e o engajamento de docentes, trabalhadores, estudantes, gestores e movimentos sociais.

É importante destacar que a história dos movimentos por mudança na graduação das profissões de saúde envolveu a articulação e parceria dos Ministérios da Saúde e Educação.

Segundo Catani et al (2001), é neste ideário de uma nova proposta de formulação curricular que o movimento da reforma da educação superior ganha força, sobretudo no início do primeiro mandato do Governo Fernando Henrique Cardoso, que teve como uma das principais características a flexibilidade e a avaliação com os eixos articuladores da re-configuração deste nível de ensino superior do ponto de vista institucional.

Neste contexto, a questão do ideário da “flexibilização curricular” do ensino superior começou a ganhar importância na reforma da educação a partir de 1995. Dentre os principais elementos que desencadearam essa movimentação na área estão:

- A Lei nº 9.131/95, ao criar o Conselho Nacional de Educação (CNE), definiu como uma das competências desse órgão deliberar sobre as Diretrizes Curriculares propostas pelo MEC, as quais devem ser incorporadas aos processos de formação profissional das instituições de ensino superior. (CATANI et al ,2001).

- A nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB) que, no inciso II do artigo 53, cria

a necessidade da formulação das Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação e permite a eliminação dos chamados currículos mínimos, tornando os currículos mais adequados às realidades regionais.

Estes movimentos tendem a intensificar as discussões sobre os perfis profissionais, face às mudanças na sociedade contemporânea particularmente no mundo do trabalho.

Segundo Catani et al (2001), esta idéia principal de flexibilização curricular desencadeia um movimento para adaptar os currículos e adequar os perfis profissionais às demandas atuais. Para tanto, os princípios orientadores adotados para as mudanças curriculares dos cursos de graduação foram: flexibilidade na organização curricular; dinamicidade do currículo; adaptação às demandas do mercado de trabalho; integração entre graduação e pós-graduação; ênfase na formação geral, definição e desenvolvimento de competências e habilidades gerais.

As novas diretrizes curriculares recomendam que devam ser contemplados elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento, campo do saber ou profissão, visando favorecer no estudante a competência do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente.

A articulação entre as políticas de Educação e as de Saúde foi fundamental para que as transformações ocorressem. Na questão da formação merece destaque a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 10.176/96 (LDB) no tocante a educação básica, ensino médio e educação superior. E esta última começa a ser repensada no que se refere à formação superior em saúde, sendo proposta a formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais em 2001 que estabeleceram os eixos sobre os quais as Instituições de Ensino Superior devem organizar os cursos de graduação. (NORONHA, 2002)

Dentro deste quadro, emerge um movimento de implantação das novas Diretrizes Curriculares, apresentando um eixo de mudança no ensino superior em saúde, na formação profissional e nas demandas do sistema de saúde vigente no país. A reforma educacional no Brasil se consolida por meio de políticas e ações. A discussão curricular vem, nesse processo, destacando-se nos parâmetros curriculares nacionais e nas diretrizes curriculares.

Além disso, nas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Saúde intensifica-se a articulação entre a Educação Superior e o Sistema de Saúde, direcionaria-se a formação geral e a específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação contemporânea.

Assim, as ações que integram os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) são elementos fundamentais a serem enfatizados no processo ensino-aprendizagem na graduação em saúde.

E de acordo com umas destas diretrizes do SUS, que prevê a integralidade, este deve ser um princípio norteador da formulação de políticas de saúde, com prioridade às práticas promocionais e preventivas.

Neste entendimento, as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área da saúde estabelecem que a formação do profissional de saúde deva contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. (ALMEIDA, 2003).

A Resolução nº 5 (CNE/CES), de 19 de fevereiro de 2002,<sup>4</sup> que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia, teve como objetivo permitir que os currículos propostos possam construir o perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação, pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira.

Assim, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2002:

*Art. 4º A formação do Fonoaudiólogo tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:*

*I-Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações*

*de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;*

*Art. 5º A formação do Fonoaudiólogo tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:*

*IV-avaliar, diagnosticar, prevenir e tratar os distúrbios pertinentes ao campo fonoaudiológico em toda extensão e complexidade;*

*Parágrafo único. A formação do Fonoaudiólogo deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.*

Nesta perspectiva, a formação do fonoaudiólogo estaria voltada para o conhecimento direcionado às ações de saúde de acordo com as necessidades da sociedade, visando a assistência integral à saúde e promoção da saúde.

A minha aproximação com a área da fonoaudiologia me leva a pensar e questionar se existe uma diversidade segundo a natureza e a história dos cursos em relação ao ensino da Promoção da Saúde e a efetiva transversalidade do ensino da promoção da saúde considerando o projeto político pedagógico.

### 3. METOLOGIA

#### 3.1 Procedimentos metodológicos

Na pesquisa, entendemos que é importante descrever os métodos e as técnicas que desenham a trajetória metodológica. Neste capítulo, o propósito é apresentar os procedimentos que fizeram parte dessa trajetória.

De acordo com Minayo (2004), a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador. Enquanto abrangência de concepções teóricas de abordagem, a ciência e a metodologia caminham juntas, intrincavelmente engajadas. Por sua vez, o conjunto de técnicas constitui um instrumental secundário em relação à teoria, porém é importante enquanto cuidado metódico de trabalho.

No presente estudo optamos por uma pesquisa de campo realizada com base em um estudo exploratório descritivo com uma abordagem qualitativa. Em relação à pesquisa de campo, Marconi e Lakatos (2005, p.188) entendem ser:

*aquela utilizada com o objetivo a conseguir informações e/ou conhecimento acerca de um problema, ao qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese, que se queira comprovar, ou, ainda descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles.*

Além disso, esses mesmos autores consideram que o interesse da pesquisa de campo está voltado para o estudo de indivíduos, grupos, comunidades, instituições, visando a compreensão de vários aspectos da sociedade.

Em relação aos estudos exploratório-descritivos combinados, Marconi e Lakatos (2005) entendem como estudos que têm como objetivo descrever um determinado fenômeno, que pode ser encontrado tanto nas pesquisas quantitativas e/ou qualitativas.

A exploração do campo em uma abordagem qualitativa preocupa-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação. No que se refere aos dados qualitativos, Minayo (2004) refere que:

*...são importantes na construção do conhecimento e também podem permitir o início de uma teoria, sua reformulação, ou ainda explicar abordagens já consolidadas, sem que seja necessária a comprovação formal quantitativa. O princípio geral é que todos os dados devem ser articulados com a teoria (p 96).*

### **3.2 Contexto e parceiros da pesquisa**

Ao iniciar esta pesquisa, em outubro de 2005, tivemos acesso ao portal do MEC (Brasil 2005) no qual encontramos sete instituições que ofereciam o curso de graduação em Fonoaudiologia na cidade de São Paulo. E em fevereiro de 2006, fizemos novamente uma busca pelo portal do MEC (Brasil 2006) e encontramos dois novos cursos autorizados em 2006.

Existem na cidade de São Paulo atualmente nove cursos de fonoaudiologia autorizados pelo MEC (Brasil 2006). Dessas nove instituições autorizadas, seis constituem o universo da presente pesquisa, por atenderem aos critérios estabelecidos para o estudo.

Com base no objeto da pesquisa, determinamos os critérios que possibilitaram a inclusão dos sujeitos pesquisados:

- Quanto à localização geográfica, optamos por selecionar os cursos de fonoaudiologia oferecidos na Cidade de São Paulo e que tivessem turma em andamento;

No Quadro 2 podem ser visualizados as instituições pesquisadas de acordo com a categoria administrativa, carga horária do curso, data de



funcionamento, autorização e reconhecimento dos mesmos.

Instituições	Categoria administrativa	Horas /aula total	Data do início de funcionamento do curso	Data da Autorização/ criação	Data do Reconhecimento
CENTRO UNIVERSITÁRIO DAS FACULDADES METROPOLITANAS UNIDAS - FMU	Privada-Particular sentido restrito	3600	05/02/2001	15/10/1999	18/11/2004
CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO - SÃO CAMILO	Privada-Confessional-Filantrópica	3680	09/03/1987	15/01/1987	10/06/1992
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP	Pública-Estadual	4485	08/03/1976	10/01/1983	10/01/1983
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP	Pública-Federal	5500	01/03/1968	01/03/1968	17/02/1978
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA SÃO PAULO - FCMSCSP	Privada-Filantrópica	4050	01/03/2002	12/01/2001	23/12/2005
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO – PUC SP	Privada-Confessional-Filantrópica	3945	10/03/1972	10/04/1972	11/10/1977

Quadro 2: Caracterização das IES pesquisadas. Fonte: BRASIL, Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Institucional.(2005).

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo - Unifesp. E foi aprovado sob o número 0257/06.

Quanto aos parceiros da pesquisa, optamos por entrevistar os coordenadores dos cursos de Fonoaudiologia por entendermos que os mesmos detêm informações que podem contribuir para a realização da mesma. Quanto a este aspecto, Minayo (2004, p.102) entende que a amostragem qualitativa privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer.

Para formalizar a participação dos coordenadores de curso foi estabelecido um contato via internet e ou telefone para solicitar a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e a carta de consentimento

institucional.

Nesse contato todos aceitaram participar da pesquisa. Deste modo, foram realizadas seis entrevistas com os respectivos coordenadores dos cursos de Fonoaudiologia selecionados na cidade de São Paulo.

### **3.3 Instrumentos de coleta de dados: entrevista e documentos**

A natureza dessa investigação implicou o uso dos seguintes instrumentos: entrevista e análise documental (planos de disciplina).

Foi utilizada uma entrevista semi-estruturada, realizada com aplicação direta pela própria pesquisadora do estudo. O roteiro (ANEXO I) da mesma compôs-se de perguntas fechadas e abertas.

Segundo Bogdan & Biklen (1994), a entrevista é utilizada para recolher dados que descrevem a linguagem do próprio sujeito, permitindo ao pesquisador desenvolver intuitivamente uma idéia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo.

A entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais, pois abre a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, de transmitir representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas. (MINAYO, 2004).

Segundo essa autora, o roteiro da entrevista visa apreender o ponto de vista previsto nos objetivos da pesquisa. Além disso, é um instrumento facilitador de ampliação e de aprofundamento da comunicação para orientar uma “conversa com finalidade”.

Em uma investigação qualitativa, as entrevistas podem ser utilizadas de duas formas, podem constituir a estratégia dominante para a recolha de dados ou serem utilizadas em conjunto com outros instrumentos (MAZZOTTI & GEWANDSZNAJDER, 1999). Nesta pesquisa, além da entrevista utilizamo-nos de documentos para complementar as informações obtidas nas entrevistas. Mais

especificamente, utilizamos as ementas que se encontravam nos Projetos Político Pedagógico dos cursos, entregue pelos próprios coordenadores no momento da entrevista, visando perceber neles os objetivos, metodologia de ensino, conteúdo programático e critérios de avaliação.

Segundo Marconi e Lakatos (2005), a análise de documentos pode possibilitar uma melhor compreensão quando interpretados conjuntamente com as demais informações obtidas durante a entrevista.

As seis entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidades dos sujeitos no período de 10 de abril a 10 de maio de 2006, com duração de 60 a 150 minutos em média. Cinco das entrevistas foram realizadas na própria instituição onde o coordenador trabalha e uma no consultório particular do coordenador.

Antes de iniciar a entrevista, retomávamos os objetivos da pesquisa e relíamos o termo de consentimento, que era assinado. Em seguida dávamos início ao diálogo, autorizado a ser gravado. Todas as entrevistas foram gravadas, para cada uma foi utilizada uma fita K-7 de 90 minutos.

Esse material foi cuidadosamente transcrito pela própria entrevistadora. A transcrição foi mantida a mais próxima possível da fala original.

### **3.4 Procedimentos de análise dos dados**

Por se tratar de uma pesquisa de campo, baseada em um estudo exploratório-descritivo, com uma abordagem qualitativa, a análise foi organizada, descrita e interpretada por meio de núcleos temáticos contidos nas falas.

Os dados foram agrupados atendendo a estes temas: características do curso; perfil dos coordenadores do curso de fonoaudiologia; concepções da promoção da saúde, o ensino da promoção da saúde; estratégias de ensino aprendizagem e recursos didáticos; avaliação; cenários e práticas, dificuldades, facilidades e mudanças no ensino da promoção da saúde.

Segundo Bardin (1979, apud Minayo 2004), o tema é a unidade de

significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, conforme critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura.

A noção de tema, segundo Minayo (2004), está ligada à afirmação a respeito de um determinado assunto que pode ser representado por uma frase, uma palavra, um resumo. Fazer uma análise temática consiste em descobrir núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. Os temas denotam ainda os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.

Para Silveira (2002), a análise temática procura ouvir, apreender, sem intervir no conteúdo da mensagem. Praticamente trata-se de fazer ao texto uma série de perguntas cujas respostas forneçam conteúdos da mensagem. A idéia central pode ser considerada inicialmente como uma hipótese geral da unidade e é justamente essa idéia que cabe à unidade demonstrar mediante o raciocínio. Mas também se tocam em outros temas paralelos ao tema central, assumindo idéias secundárias indispensáveis, de conteúdo próprio, independente, que complementam o raciocínio.

O procedimento de trabalho feito com as entrevistas seguiu essas etapas:

- Transcrição da entrevista;
- Sistematização da entrevista (agrupamento, ordenação das respostas seguindo o roteiro da entrevista).
- Construção dos núcleos temáticos, que foram destacados pela aproximação do roteiro com as respostas dos coordenadores.

Quanto aos planos de disciplina disponibilizados por cinco das instituições, foi realizada uma leitura dos objetivos acompanhando: conteúdo programático, estratégias e avaliação. Feito isso, agrupamos objetivos e conteúdos de acordo com classificação das áreas propostas por Masetto (2003), segundo as dimensões cognitiva, atitudinal e valores, habilidade e procedimento.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1. Caracterização dos cursos de fonoaudiologia pesquisados

Neste capítulo realizamos uma breve caracterização das instituições de Ensino Superior nas quais os cursos de fonoaudiologia pesquisados estão inseridos. O Quadro 3 traz dados relativos a estes cursos: início da primeira turma, regime e horário do curso, categoria administrativa das IES e o total de horas/aula de cada curso.

Curso	Início da 1ª turma	Regime do curso	Horário do curso (turnos de oferta)	Categoria administrativa da IES	Horas/aula totais
C 1	2001	Semestral	Vespertino/noturno	Privada-Particular sentido restrito	3600
C 2	1987	Semestral	Vespertino	Privada-Confessional-Filantrópica	3680
C 3	1968	Semestral	Integral	Pública-Estadual	4485
C 4	1968	Anual	Integral	Pública-Federal	5500
C 5	2002	Anual	Vespertino	Privada-Filantrópica	4050
C 6	1964	Anual	Integral/matutino	Privada-Confessional-Filantrópica	3945

Quadro 3- Características dos cursos de fonoaudiologia das Instituições de Ensino Superior Pesquisadas.

Quanto ao regime dos cursos analisados, três são semestrais e três anuais. Diferem também em relação ao período em que são oferecidas as atividades curriculares: dois funcionam em período integral, dois em período vespertino, um sendo integral / matutino e um curso vespertino / noturno.

Em estudo sobre cursos de fonoaudiologia no Brasil, Okida e Vieira (2000) pesquisaram 28 cursos no país. Os autores também constataram diferenciais no período de funcionamento destes cursos, 15 funcionavam em período integral

(53,57%), 7 no período noturno (25%), 6 no período matutino (21,42%) e 5 no período vespertino (17,85%).

No nosso estudo é importante destacar que mesmo naqueles cursos ministrados no período vespertino ou matutino, após o 3º semestre os alunos permanecem mais tempo na IES em virtude de estágios o que demanda uma permanência em tempo integral dos alunos.

Sobre a categoria administrativa, dois cursos são públicos, um estadual e um federal, quatro instituições são privadas, sendo que duas são confessionais filantrópica, uma filantrópica e uma privada sentido restrito. No mencionado estudo de Okida e Vieira (2000) dos 28 cursos, 22 (78,57%) eram particulares, 3 (10,71%) estaduais, 2 (7,14%) federais e 1 municipal (3,57%) evidenciando uma preponderância de cursos de natureza privada.

No presente estudo encontramos também diversidade em relação à carga horária. Há uma variação entre os cursos estudados que vai de 3600 a 5500 horas/aula anuais, mas todos os cursos estudados superam o total de horas/aula estabelecido na legislação.

Como já referido anteriormente em 1970 e os primeiros anos da década seguinte, a formação do fonoaudiólogo foi caracterizada pelo uso de técnicas no processo de reabilitação. Os cursos de fonoaudiologia formavam tecnólogos e tinham duração de cinco a sete semestres, com carga horária de aproximadamente 1800 horas/aula. Por força da Lei nº 6965 de 9 de dezembro de 1981, a profissão do fonoaudiólogo foi regulamentada e reconhecida em todo o território nacional, motivo pelo qual o Conselho Federal de Educação por meio da resolução nº06/03, de 6 de abril de 1983, publicada no Diário Oficial da União de 15 de abril de 1983, transformou todos os cursos de formação de tecnólogos em cursos de graduação plena em Fonoaudiologia, equivalentes ao bacharelado. Esta resolução exigiu uma reformulação curricular dos cursos existentes e um novo parecer (nº 20/83) determinava um novo currículo mínimo, com carga horária de no mínimo 2700 horas, em período integral, variando de sete a dez semestres. (CAPPELLETTI, 1985).

Este currículo mínimo contudo ainda mantinha uma forte influência do currículo voltado à formação do tecnólogo, herança das décadas anteriores. As

mudanças de carga horária foram acompanhadas de reformulações conceituais que tentavam acompanhar o avanço tecnológico e científico que ocorria na área. O currículo passou a sofrer paulatinamente modificações, na tentativa de acompanhar o ritmo evolutivo da área do conhecimento, além de diminuir a influência do tecnicismo. Inicia-se então uma ampla discussão no início da década de 1990 sobre a necessidade de revisão dos currículos para a formação do fonoaudiólogo.

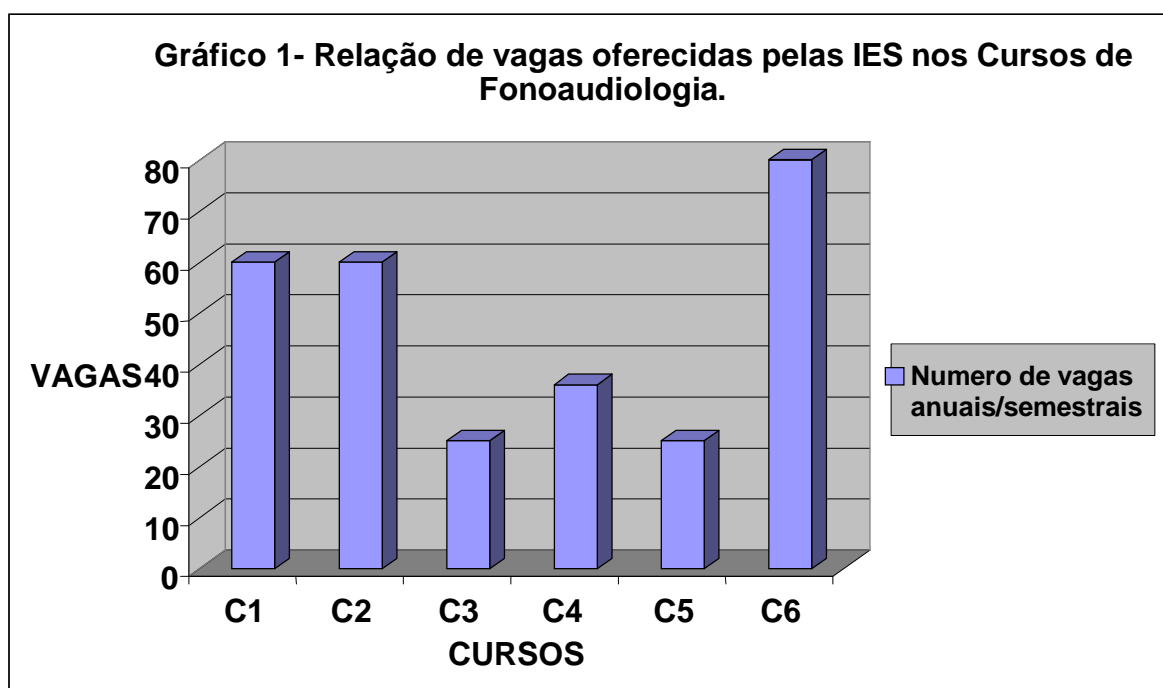
Em 1998, o Ministério da Educação, por intermédio de uma comissão de especialistas na área, inicia a elaboração das novas Diretrizes Curriculares para os cursos da área da saúde, e inclui-se nessa discussão a Fonoaudiologia, objetivando atender às mudanças sociais, aos avanços científicos e às necessidades apresentadas pela política nacional de saúde pública. (BRASIL , 2006)

Assim, de acordo com a resolução das Diretrizes Curriculares Nacionais (DNC) para a área da saúde no seu Artigo 10:

*As Diretrizes Curriculares e Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Fonoaudiologia para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural (BRASIL, p.4 2002).*

Estas Diretrizes visam garantir a formação que deve ser conferida ao fonoaudiólogo, daí a importância em elaborar currículos mais flexíveis voltados para as transformações da sociedade. Esta flexibilidade pode se refletir também nas diferentes cargas horárias e propostas pedagógicas observadas nos diferentes cursos analisados.

O Gráfico 1 mostra o número de vagas oferecidas pelos cursos de fonoaudiologia nas diferentes IES. No eixo horizontal estão representados os cursos identificados como “C “(numerados de 1 a 6 )e, no eixo vertical, o número de vagas.



Existe grande variação entre o número de vagas oferecidas pelos diferentes cursos de fonoaudiologia. O total de vagas oferecidas pelas IES públicas (C3, C4) é 58 por ano e, o conjunto das IES privadas oferece 225 vagas. Vale salientar que no Curso 1 (privado particular sentido restrito) são 60 as vagas ofertadas em dois períodos, manhã e noite.

Em uma análise dos cursos de fonoaudiologia no Brasil, realizado entre 1991 e 2004, Haddad et al (2006) constatou que, em 1991, 11% das vagas eram em IES públicas e 89% em privadas. Já em 2004, pouco mais de 5% das vagas eram em IES públicas e 95% em instituições privadas. Ou seja, existe uma clara tendência a diminuição da oferta de vagas para cursos de fonoaudiologia em IES públicas acompanhada de um incremento da oferta pelas IES privadas.

Se em 1991 existiam apenas seis cursos públicos, em 2004 este número elevou-se a 14. Já na esfera privada, eram 23 cursos existentes em 1991 e em 2004, houve um crescimento considerável para 85. O que se observa é um crescimento vertiginoso de oferta de cursos de fonoaudiologia em IES privadas acompanhadas pela tímida ampliação das IES públicas. Vale ressaltar que apenas 8 Estados brasileiros contam com a oferta de cursos de fonoaudiologia em IES públicas.



Ainda segundo este estudo, o número de vagas para cursos de fonoaudiologia cresceu em todo Brasil, passando de 2238 vagas oferecidas em 1991 por 29 cursos, para as 8432 vagas disponibilizadas em 2004 distribuídas em 99 cursos. Assim os autores observaram que o número de cursos cresceu aproximadamente 3,5 vezes enquanto que o número de vagas praticamente quadruplicou.

Outro dado levantado por Haddad et al (2006), mostra que a distribuição geográfica dos cursos no Brasil evidencia uma concentração na Região Sudeste, em especial no estado de São Paulo. Esta realidade pode estar relacionada ao fato de que esta região, além de ser a precursora nos cursos de fonoaudiologia, é também a mais populosa.

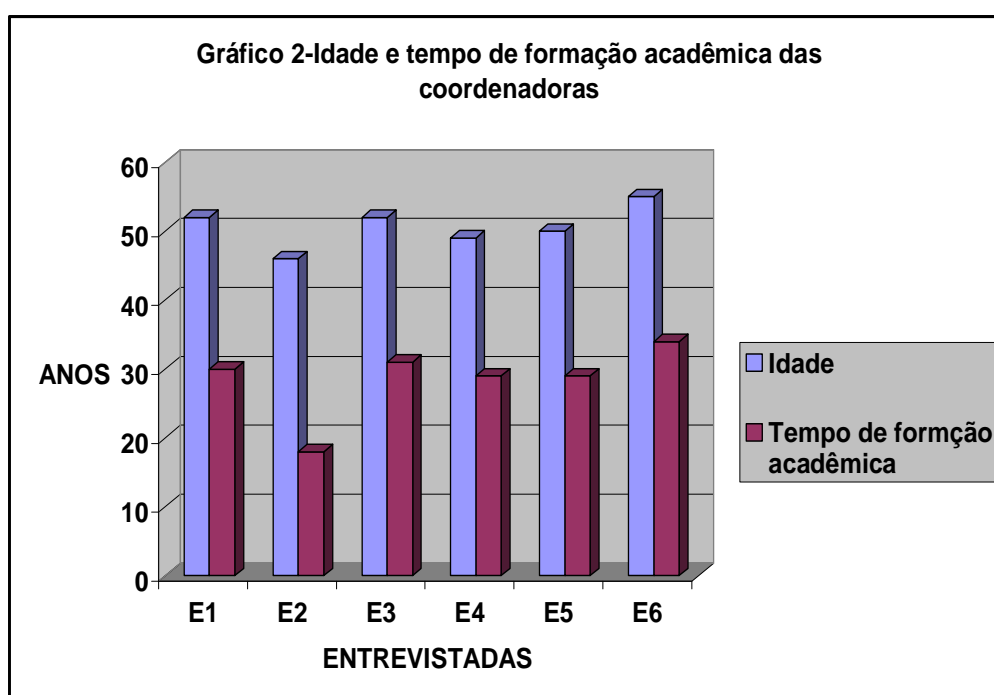
Em relação à oferta de vagas no Sudeste, elas representam 55 % do total do país. O aumento progressivo da oferta desde 1991 duplicou em 1997 e novamente em 2000, sendo oferecidas 4998 vagas. A partir daí observa-se uma leve queda no número de vagas nos últimos quatro anos com o oferecimento de 4718 vagas em 2004. No Sudeste, o número de vagas continua crescendo nos estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro, mas tem decrescido no estado de São Paulo. Provavelmente isto pode ser consequência da concentração de cursos e número de vagas disponíveis para a fonoaudiologia. Em especial em São Paulo, pode ter aumentado o número de profissionais que não encontram suficientes possibilidades para se inserir no mundo do trabalho, o que pode ter desmotivado a procura por esta profissão, levando à diminuição da oferta e o fechamento de cursos de fonoaudiologia observado nos últimos anos.

Na tentativa de nos aproximarmos de aspectos que compõem o contexto atual dos cursos de Fonoaudiologia, realizamos, no item a seguir, uma breve descrição do perfil profissional das coordenadoras dos cursos pesquisados.

## 4.2 Perfil profissional das coordenadoras

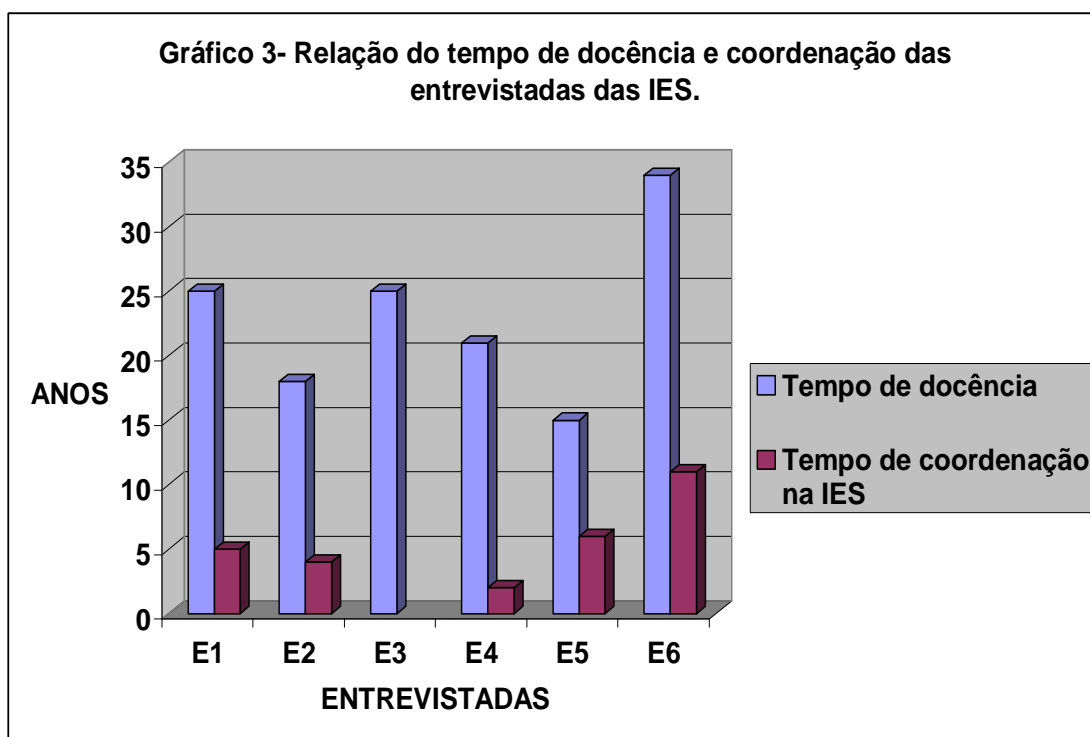
Neste item apresentamos algumas características que compõem o perfil das coordenadoras dos cursos de fonoaudiologia pesquisados. A partir daqui identificamos as coordenadoras com a letra “E”, numeradas de 1 a 6.

No Gráfico 2 é possível observar que a idade das coordenadoras participantes deste estudo variou entre 48 a 59 anos. Seu tempo de formação acadêmica como fonoaudiólogas variou de 18 a 34 anos, o que pode ser indicativo de uma considerável trajetória e experiência profissional. Cabe ressaltar que todas as entrevistadas são do gênero feminino.



No gráfico 3 observamos que o tempo de docência das coordenadoras das IES pesquisadas varia entre 15 a 34 anos e o tempo de coordenação no curso de fonoaudiologia compreende o período de 3 meses a 11 anos. Se compararmos o tempo de formação na graduação com o tempo de docência constatamos que a atuação docente constitui uma atividade que as coordenadoras iniciaram logo

após a obtenção do título de fonoaudiologia.



No momento da pesquisa apenas uma das coordenadoras não exercia a função de docente, as demais acumulam as duas funções. Os dados revelam um tempo relativamente curto na coordenação em relação ao prolongado período do exercício da docência. Cabe ressaltar que todas as coordenadoras realizaram doutorado, quatro nas Áreas Específicas da Fonoaudiologia, uma em Psicologia Experimental e outra Doutorado em História e Filosofia da Educação.

O fato de cinco das 6 coordenadoras serem docentes deve ser destacado. A docência exige um tempo maior de permanência na IES o que, segundo Masetto (2003), representa um comprometimento significativo com o projeto político-pedagógico do curso. Isto é importante para a função docente, uma vez que nesta atividade o professor se apropria de conhecimentos e passa a desenvolver com os alunos as suas habilidades humanas e profissionais comprometidas com a realidade de sua sociedade.

Isso nos permite inferir que esta permanência indica um envolvimento maior por parte das coordenadoras não só com o projeto político pedagógico, mas também com as questões de ensino-aprendizagem, uma vez as

coordenadoras estão ligadas diretamente com a formação dos alunos.

Sobre a titulação do corpo docente no ensino superior, a Lei de Diretrizes e Bases (BRASIL, 1996) estabelece que as IES devem ter no seu segundo ano de vigência 15% dos professores com titulação de pós graduação *strictu sensu*, no quinto ano de vigência 25%, e no oitavo, um terço dos docentes com essa titulação, 15% deles devem possuir título de doutor. Coincidentemente com as exigências do MEC, que preconiza a conveniência de contar com professores qualificados no ensino superior, as coordenadoras participantes possuem a titulação máxima.

Além disso, de acordo com a Lei nº 9.394/96 no artigo 66, institui-se a pós-graduação como um dos espaços privilegiados para a formação do professor de ensino superior, destacando “...que a preparação para o exercício do magistério superior far-se-á em nível de pós-graduação, prioritariamente em programas de mestrado e doutorado”.

A respeito desta formação docente em saúde Batista e Batista (2004) situam esta formação como um processo de reflexão, que exige um redimensionamento de seus pressupostos epistemológicos e políticos, que demanda articular as histórias dos professores, suas trajetórias e crenças, com os condicionantes institucionais hoje postos para a formação de profissionais. Um dos condicionantes mais importantes são as Diretrizes Curriculares.

Os autores ressaltam que no ensino em saúde é importante que os professores reflitam sobre seu processo de formação, busquem novas propostas pedagógicas, estratégias de ensino inovadoras e práticas avaliativas que rompam com o modelo que concebe o ensinar como transmissão e reprodução. O enfoque deve ser na formação de profissionais humanistas, críticos, reflexivos, criativos e éticos.

Rezende, Rodrigues e Marchiori (2003) compartilham da idéia de que, ao ingressar na docência universitária, o professor deveria possuir formação pedagógica para o desempenho dessa atividade. Alguns cursos não contemplam esse preparo, sob o argumento de que futuros profissionais não se dedicarão ao magistério. É importante, segundo as autoras, que os professores que não possuem formação pedagógica possa familiarizar-se com os conceitos e a

literatura da área e refletir sobre seu trabalho a partir deles.

Partindo dessa argumentação é inquestionável a necessidade de que profissionais que atuam como docentes participem de cursos de capacitação para que tenham condições de tomar decisões lúcidas em cada etapa do processo pedagógico, em especial quantos aos aspectos avaliativos.

A capacitação docente é um dos pilares da melhoria da qualidade do ensino e do aperfeiçoamento didático-pedagógico dos cursos de graduação para que a implantação das Diretrizes tenha êxito e possa integrar os currículos com o Sistema Único de Saúde, como uma mudança significativa que vise transformar as relações das questões de ensino-aprendizagem na saúde.

#### **4.3 Concepções sobre a promoção da saúde: a visão das coordenadoras dos cursos de fonoaudiologia**

Neste item buscamos compreender o que as coordenadoras pensam sobre o ensino da promoção da saúde. Elas foram indagadas sobre a importância do ensino da promoção da saúde na formação do fonoaudiólogo. Concordam que é necessário preparar os futuros profissionais para atuarem no sistema público de saúde, nos diferentes serviços e níveis de atuação. **Enfatizam a relevância da inserção no SUS dos profissionais fonoaudiólogos.**

...hoje o SUS é responsável por quase todos os atendimentos que nós fazemos, direta ou indiretamente, então eu acho que nós temos que trabalhar nesta questão da Promoção da Saúde de uma forma geral, mas também preparando esse profissional para atuar no SUS ... então, isso contribui para que os fonoaudiólogos se sintam mais integrados neste sistema de saúde coletiva que nós vivemos, isso ajuda a inserir o profissional dentro do SUS, nós precisamos ter mais profissionais lá dentro (E5).

A importância é que eu acho que o futuro da fonoaudiologia está realmente dentro do serviço público. No atendimento de saúde coletiva.(E1).

Além de responder que esse ensino é importante na formação do fonoaudiólogo, as coordenadoras entendem que **ter noção de promoção da saúde é necessário para atuar em diferentes áreas tanto da esfera pública como do âmbito privado:**

Ele pode utilizar a Promoção da Saúde, em todas as áreas, seja trabalhando com oncologia, no berçário, em todos os níveis, ele vai usar a Promoção da Saúde e esse conceito é fundamental para você ter um fonoaudiólogo completo, um fonoaudiólogo que possa atuar não só no sistema público de saúde, mas mesmo no privado(...)para os dois ele vai precisar dessa formação, não tem como distanciar da formação do aluno a noção de Promoção da Saúde. (E3).

A entrevistada E5 refere **a importância da orientação como uma prática de promover a saúde nos diversos níveis de atenção;**

Em que áreas pode atuar? Em todas as áreas; eu, como audiológista, posso trabalhar desde lá embaixo, vamos lá para a UBS, o que nós vamos fazer? Vamos promover a saúde auditiva, vamos trabalhar com a orientação, vamos trabalhar na voz, na motricidade, na linguagem em todas as áreas, eu não acho que é em uma área só (E5).

Segundo Penteado (2000), uma das práticas que merece atenção na fonoaudiologia quando se fala em Promoção da Saúde diz respeito às *orientações*, em cujos propósitos e forma de realização há que se pensar. A busca de recursos para atuar em grupos ou com grupos de pessoas é um desafio não só para o fonoaudiólogo, mas também para os demais profissionais que optam por esta forma de trabalho, uma vez que conduzir grupos é uma tarefa que requer habilidades, para evitar que se constitua apenas um agrupamento de pessoas.

Assim, para as coordenadoras, **o ensino da promoção da saúde pode ampliar as possibilidades da inserção profissional em novos cenários de**

## **atuação:**

Eu acho que ele pode atuar em todas as áreas, ele pode fazer parte de equipes multidisciplinares e trabalhar com a questão da surdez, com a questão da voz. Que são questões mais orgânicas. Mas ele pode trabalhar com escolares, o que implica muitas vezes no sofrimento psíquico. Ele pode trabalhar em comunidades terapêuticas, pode trabalhar dentro de hospitais com projetos, hoje por exemplo tem muitos alunos que estão se inserindo nas atividades de brinquedoteca (E6).

Todas as coordenadoras reconhecem a importância da inserção do fonoaudiólogo nos diferentes níveis de atenção no Sistema de Saúde. Na literatura também encontramos autores (ANDRADE, 1996; LINS, 1988; e GUEDES, 1983 e 1990) que referem a necessidade de ampliar os campos de atuação desse profissional já que consideram que a formação esteve tradicionalmente mais centrada no nível terciário, mais especificamente na reabilitação.

Na fonoaudiologia, o conceito de prevenção só recentemente tem sido incluído como um campo de estudo. O fazer fonoaudiológico ainda tem sido caracterizado como predominantemente técnico, e os poucos e limitados programas desenvolvidos junto à população são parciais, não sequenciais, atemporais e, freqüentemente, caracterizados como treinamentos. Frente ao sistema de saúde nacional, tais esforços são vistos como de relativa importância, mas não críticos ou essenciais (ANDRADE, 1996).

Lins (1988) e Guedes (1983 e 1990) consideram que a formação dos profissionais na área da fonoaudiologia é curativa e não preventiva. Os autores destacam que os cursos de graduação habilitam os alunos para uma atuação no nível terciário, quando muito com alguns aspectos voltados para o nível secundário.

Embora a formação e atuação na área clínica sejam de grande relevância e tenha aumentado o reconhecimento social pela profissão, é preciso ampliar o processo de formação do fonoaudiólogo no sentido de valorizar a prevenção e promoção da saúde. Masson (1995) observa que, na Fonoaudiologia, as

atividades de promoção de saúde aparecem ainda de forma muito incipiente. Há poucas atividades realizadas, em vista de uma tentativa maior de compreensão do conceito e das possibilidades de estabelecer práticas fonoaudiológicas que possam promover a saúde dos indivíduos e da população.

Como observa Lins (1988) é importante a inserção do fonoaudiólogo no Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os níveis de atuação. Essa inserção depende de políticas governamentais, mas cabe ao fonoaudiólogo e às instituições de ensino colaborarem para avançar, em direção à realidade social do seu campo de atuação profissional.

De acordo com Cappelletti (2001, p. 17), o fonoaudiólogo como profissional liberal atendendo em seu consultório cuida de pessoas portadoras de distúrbios da comunicação, o que constitui uma relevante possibilidade de atuação, a mais tradicional, a clínica. Em relação a essa atuação, a autora questiona se o papel do fonoaudiólogo é de *“adestrador, aplicador de técnicas, educador?”*. Ressalta que é necessário que também na atuação clínica se desenvolvam ações de prevenção.

Neste aspecto, a Lei nº 6965/81 (Código de Ética da Fonoaudiologia, 2004), que regulamenta a atividade profissional, explicita que:

Art.4º - É da competência do Fonoaudiólogo e de profissionais habilitados na forma da legislação específica

- a) desenvolver trabalho de prevenção no que se refere à área de comunicação escrita e oral, voz e audição;
- b) participar de equipes de diagnóstico, realizando a avaliação da comunicação oral e escrita, voz e audição;
- c) realizar terapia fonoaudiológica dos problemas de comunicação oral e escrita, voz e audição;
- d) realizar o aperfeiçoamento dos padrões da voz e fala;

Ainda em relação à importância do ensino da promoção da saúde, **as**



**coordenadoras vêem este ensino como essencial para a formação integral do fonoaudiólogo** já que possibilita uma interação entre o mundo individual do aluno e a realidade social. Essa visão revela uma preocupação das entrevistadas em **situar esse futuro profissional no contexto histórico e político da sociedade atuando de forma comprometida com as demandas sociais.**

...a promoção da saúde contribui em todas as formas, contribui no conhecimento, na ética profissional, então acho que eles aprendem a lidar com a população, a verificar as necessidades da população e que eles (alunos) são úteis para ajudar essas pessoas(...) acho que já é uma coisa muito importante, para esse trabalho, então só o contato deles com a população, acho que já é metade do aprendizado, isso se não for mais da metade que é o que eles aprendem aí (com a população).(E1).

A ênfase nessa fala é na importância da formação humanística do fonoaudiólogo, formação esta que lhe permite conhecer o paciente como ser humano integral.

A coordenadora (E4) declara que **é necessário formar um profissional com uma atuação mais ampla**, voltada para toda a população e com o intuito de prevenir a doença antes mesmo dela acontecer, então ... “a finalidade é formar um profissional completo, formar um profissional que possa pensar em reabilitar, mas também prevenir e sabendo que prevenindo ele está agindo para o bem da saúde” ( E4).

Na visão da coordenadora (E4) **a formação do fonoaudiólogo deveria contemplar os aspectos clínicos e preventivos** para o desenvolvimento de um profissional completo.

...porque eu acho que é fundamental não há como você formar um fonoaudiólogo, completo, capaz de fazer o raciocínio clínico, aquele que vai diagnosticar ou avaliar (...) se você não forma o profissional que possa pensar tanto na prevenção quanto na parte da reabilitação, você não forma um profissional completo... (E4.)

Esta mesma coordenadora entende que:

...a Promoção da Saúde contribui na formação do fonoaudiólogo no sentido muito amplo, porque ainda que ele seja um fonoaudiólogo que trabalhe em hospital, ele tem que ter esta idéia de promover saúde, não é! Pode não ser na prática do dia-a-dia, mas a concepção tem que estar na sua formação de profissional da saúde...(E4).

As reflexões sobre a importância de ensinar a promoção da saúde permitiram nos aproximar das **concepções mais amplas que abrangem o processo saúde/doença**. Em relação a isso essas coordenadoras entendem que:

Ensinar promoção da saúde permite que o profissional compreenda as questões mais amplas de saúde(...)um profissional que tem que saber alguma coisa sobre Saúde Pública, sobre Promoção da Saúde. (...) que a formação dele não é para a doença, mas é para a saúde.(E6)

... a finalidade do ensino da Promoção da Saúde é dar uma visão mais abrangente. Dar uma visão de clínica mais abrangente, de fazer o aluno refletir um pouco sobre outros fatores que interferem na saúde, que não os orgânicos, entender um pouquinho de valores e de crenças, de como isso interfere no processo saúde/doença e também de estar mais apto a desenvolver projetos neste campo... (E6).

Fica claro na expressão da entrevistada (E4) que **a formação não é só para intervir na doença, mas também na saúde**:

...eu acho que o curso de fonoaudiologia não pode formar o profissional para ver só a doença; ele também tem que saber reconhecer a saúde e lutar por ela, pela saúde da comunicação, em qualquer instância, prevenir em qualquer momento... (E4).

Cappelletti (2001, p. 13), numa pesquisa em que entrevistou pacientes,

fonoaudiólogos e analisou planos de ensino de cursos de fonoaudiologia de três cursos da cidade de São Paulo, procurou desvendar o espaço de atuação do fonoaudiólogo. Dentre suas observações, destaca o fonoaudiólogo como um profissional que trabalha na promoção da saúde no processo da comunicação humana, deslocando o fonoaudiólogo da “doença” e o-situando na “saúde”, na promoção da saúde dos indivíduos, da comunidade próxima e da população em geral. O enfoque é na a saúde e não na doença.

As observações de Cappelletti indicam movimentos de mudança na atuação profissional do fonoaudiólogo que começa a ampliar seu campo de inserção em aspectos tradicionalmente não abordados.

Essas falas sobre a formação do fonoaudiólogo em promoção da saúde e prevenção aproxima-se da opinião de alguns autores (HILGERT,1988 apud ANDRADE 1996; BEDIN, 1988). Para eles a fonoaudiologia tem se empenhado em incorporar ações preventivas como prática articulada a um sistema de atenção à saúde. Portanto, numa perspectiva da Saúde Coletiva, vem trabalhar junto a toda a população, a fim de alcançar determinantes da situação atual de saúde tentando solucionar os desequilíbrios detectados a partir do conceito de integralidade.

Na visão da entrevistada E3, **a promoção da saúde na formação do fonoaudiólogo permite ter uma visão integrada do sistema de saúde**. Para esta coordenadora a promoção é ...”a atenção à saúde de uma forma integrada, é um sistema que prevê integralidade” (E3).

Historicamente a assistência à saúde tem focado a atenção às doenças e aos procedimentos e tarefas, esquecendo dos doentes. Esta lógica tem trazido profundos prejuízos à abordagem integral, cuja dimensão humana se baseia nas necessidades das pessoas. São conceitos, que exigem uma mudança de postura dos profissionais no sentido de receber as pessoas com suas necessidades e de responsabilizar-se por elas, numa postura de relação entre cidadãos: o usuário cidadão e o trabalhador cidadão. A preocupação é valorizar a interação

interpessoal, a responsabilização de todos no sentido de sermos resolutivos, de não passarmos para outros, o que nós mesmos podemos realizar.

O SUS é formado por uma rede de serviços, organizada de forma a oferecer atenção integral à saúde da população. A integralidade é reconhecida como a atenção à saúde, de cada indivíduo é um todo indivisível e integra uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam , também, um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas ou fragmentadas; as unidades prestadoras de serviços, com seus diversos graus de complexidade, compõem, da mesma forma, um todo indivisível, configurando um sistema único responsável pela assistência integral à saúde do indivíduo e, finalmente, de que o homem é um ser integral, biopsicossocial e deve ser atendido sob esta ótica, por um Sistema de Saúde integral e integrado, voltado a promover, proteger e recuperar a sua saúde (BRASIL, 1990).

Segundo Marins (2004), a integralidade é entendida como um processo de produção social, influenciado por fatores de diversas naturezas, e que se expressa num nível de qualidade de vida de uma dada população. Nesta perspectiva, a saúde deixa de ser o resultado de uma intervenção especializada e isolada sobre alguns fatores, e passa a ser um produto social resultante de fatores econômicos, políticos, ideológicos e cognitivo. Define-se então como um campo de conhecimento que exige a interdisciplinaridade e como campo de práticas que exige a intersetorialidade.

Compartilham desta fala da coordenadora Oliveira, Koifman e Marins (2003) para os quais a articulação entre as IES e os serviços públicos de saúde juntamente com a sociedade definem uma nova concepção para a política de recursos humanos para o SUS. Segundo estes autores, o desenvolvimento do ensino centrado no processo de trabalho, na inserção do aluno na realidade sócio-sanitária e no acompanhamento dos processos de saúde-doença, nas suas mais variadas formas e manifestações, contribuem para a formação de profissionais capazes de agir na perspectiva de produção de cuidados integrais e para a construção de identidades profissionais.

Neste contexto, segundo Silva (2002), para que se atinja o sujeito coletivo e se atue em consonância com as metas de Promoção da Saúde, é necessário

que a práxis fonoaudiológica seja norteadada por princípios e pressupostos que levem o fonoaudiólogo a perceber o sujeito em sua integralidade, isto é, além da queixa e da patologia, transpondo os limites tradicionais da prática clínica de atuação quando os agravos já estiverem instalados, e a alcançar a desejada ótica de promoção e vigilância à saúde.

A entrevistada (E4) ao ser questionada sobre a importância de ensinar o conteúdo de promoção da saúde, responde que esta **formação deve contemplar a prevenção:**

...eu acho que esta é a formação do bom profissional da saúde, aquele que está voltado tanto para a prevenção quanto para a reabilitação, a responsabilidade da prevenção tem que ser criada, tem que fazer parte da formação do aluno, que ele seja formado com esta responsabilidade de também prevenir, prevenir o sofrimento, o agravo, o agravamento das doenças da comunicação porque elas são de longo prazo, todas elas são de longo prazo, então quanto mais você intervir em prevenção, melhor você está agindo como profissional da saúde. (E4)

Nosso entendimento é de que, para essa coordenadora, é importante a inserção do fonoaudiólogo no sistema de saúde, atuando não somente na clínica, mas também na promoção e prevenção. Desta forma o profissional deve estar habilitado em qualquer nível, primário, secundário ou terciário.

A relevância de ensinar **o conteúdo da promoção em saúde implica em planejar ações e intervenções no sistema de saúde** é explicitada pela entrevistada E6 :

Porque você ter uma noção de promoção já lhe diz que você vai ter que fazer intervenções(...)mas você vai ter que trabalhar com educação, porque aquela pessoa vai ter que ter mudança na sua vida para poder recuperar a saúde e não adoecer, então eu acho que contribui, amplia a visão (pausa) permite novas técnicas de trabalho e dá uma visão muito mais institucional ... (E6)

... ele começa a perceber que para desenvolver determinadas ações ele tem que ter cuidados, planejamento, tem que planejar ações, ele tem que ver quem está envolvido nessa ação. Como é que ele vai organizar no tempo? aquilo que tem que ser avaliado (E6).

Uma outra indagação feita às entrevistadas foi a respeito do que entendiam por promoção da saúde. Suas concepções aproximam a promoção da saúde aos aspectos educativos, informativos, vínculo e acolhimento além, das mudanças de hábitos dos pacientes.

Nesta fala da entrevistada E4, **a promoção em saúde se aproxima dos programas de saúde tradicionalmente propostos e implementados, incorporando a educação e mudança de comportamento com ênfase para o coletivo.**

Promoção da saúde é a ação de promover a saúde mesmo com programas educacionais, com modificações comportamentais, acho que é um trabalho bastante difícil, bastante complicado porque ele envolve a coletividade, você faz com vistas a um grupo de pessoas e isso não é fácil, modificar pensamentos, modificar comportamentos.(E4).

No entender da entrevistada E2 **a promoção da saúde está associada à educação em saúde com mudança de comportamento, implementação de políticas e uma visão integral do indivíduo:**

É pensar em políticas, em ações onde você realmente promova o bem-estar da pessoa e você eduque de tal forma que ela venha a não ter problemas sérios de saúde, eu acho que é essa visão mais ampla do ser humano, é vivendo na sua integralidade, com saúde, com qualidade, eu acho que ações que propiciem isso.(E2)

Para a entrevistada E6, **a promoção da saúde é entendida como uma questão voltada para a educação em saúde, o que poderá garantir a saúde do indivíduo.**

Entendo que é educação em saúde mesmo, eu acho que é educação, e é um trabalho também para garantir boas condições de saúde é que pode ser através da comunicação mesmo! De levar informação, às vezes pode ser através do acolhimento, da vinculação. É de poder acolher a pessoa

numa determinada etapa, um percurso da sua vida e acho que tudo muda quando você tem esse acolhimento você vincula, você esclarece dúvidas, você não deixa gestar! cristalizar problemas...(E6).

Na realidade, educação em saúde contribui na transformação e desenvolvimento dos sujeitos, uma vez que ela pode ser desenvolvida em vários ambientes e em diferentes níveis de atuação com a população. Ela é apenas uma das atividades voltadas para a saúde.

Sobre isso, Candeias (1997) afirma que :

*Entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias condizentes à saúde. A palavra combinação enfatiza a importância de combinar múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas. (p 210).*

Já para as entrevistadas E3 e E5, **a promoção da saúde é a atenção ao indivíduo como um todo**. Na visão delas, a pessoa precisa ter atenção global em todas as fases: proteção, prevenção e reabilitação.

Promoção da saúde é a atenção a todas as etapas que estão envolvidas na questão da saúde, então o indivíduo é visto como um todo e a atenção dada como um todo também...mas que a promoção de saúde pode ser vista numa forma global.(E3).

Eu entendo como o bem que o profissional pode prestar ao cidadão nos vários níveis para melhorar não só a saúde no sentido ter saúde. Entendo como uma coisa bem global, saúde significa qualidade de vida, então tudo o que eu puder fazer profissionalmente para melhorar o bem-estar, melhorar qualidade de vida. Estou trabalhando com saúde, então acho que a promoção da saúde, da coisa mais simples, da

orientação que eu dou ao pai, a uma mãe, até a atuação mais complexa que possamos ter. (E5)

As expressões das coordenadoras sobre promoção da saúde podem ser aproximadas do entendimento de Czeresnia (2003), pois a autora parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença e seus determinantes de saúde. A autora refere que a promoção da saúde propõe a articulação de saberes teóricos e populares e a mobilização de recursos humanos institucionais e comunitários, públicos e privados, de diversos setores, para o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde e seus determinantes para aumentar a saúde e o bem estar geral.

Nos relatos das coordenadoras a promoção em saúde adquire seus referenciais mais abrangentes resultantes de fatores biológicos, ambientais, sociais e comportamentais consoantes às novas tendências de promoção da saúde comprometidas com a saúde global e que privilegiam práticas e políticas inovadoras favoráveis à saúde e à qualidade de vida do indivíduo. As concepções das coordenadoras podem ser aproximadas do que consta na Declaração de Alma Ata.

Chun (2004) destaca que as discussões sobre as ações de promoção da saúde em Fonoaudiologia têm avançado de modo significativo nos últimos anos, ainda que restritas aos profissionais e pesquisadores da área de saúde pública/coletiva. Segundo a autora, não se trata portanto de uma visão majoritária, ainda que seja bastante expressiva no meio profissional.

A entrevistada E1 **concebe a promoção da saúde como um aspecto preventivo que propicia a qualidade de vida.**

É tudo o que você faz tentando evitar problemas, é fazer com que a pessoa tenha uma qualidade de vida melhor, mas eu acho que o principal é você tentar implantar um serviço em que você pegue as coisas antes de se tornarem mais sérias. (E1).

Para Minayo et al (2000), qualidade de vida é uma noção eminentemente humana que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida



familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Segundo a autora, o termo abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural

Tanto a educação em saúde como a promoção em saúde permite desenvolver programas de atividades e de procedimentos que passam a ser mais bem caracterizado por propostas que, dependendo das circunstâncias, poderão ser de natureza educacional ou de natureza promocional. Ambas procuram sempre contribuir para o alcance de melhores níveis de saúde da população focalizada.

#### **4.4 Promoção da Saúde: inserção curricular**

A inserção dos componentes curriculares que abordam a Promoção da Saúde acontece em dois momentos nos cursos de fonoaudiologia analisados: nas disciplinas e no estágio supervisionado. No Quadro 4 podemos observar o nome da disciplina na qual está inserido o ensino da promoção da saúde, o momento de sua inserção e a carga horária anual. É possível perceber que em cinco instituições o conteúdo é oferecido entre o 2º e 3º ano. No entanto, em uma das instituições, a inserção acontece já desde o 1º ano, o que provavelmente indica um tratamento transversal do tema durante o curso. Embora existam diferentes nomenclaturas nas disciplinas que abordam a promoção da saúde, a análise dos planos de ensino mostra semelhanças nos conteúdos ministrados. Os componentes curriculares que abordam a Promoção da Saúde apresentam carga horária variando entre 45 a 80 horas, embora numa das instituições esses conteúdos sejam ministrados em disciplinas com carga horária menor correspondente a 30 horas semestrais.

Curso	C1	C2	C3	C4	C5	C6
Disciplina que aborda promoção da saúde	Fonoaudiologia em Saúde Coletiva I e II	Fundamentos em Saúde Pública/ Fonoaudiologia em Saúde Pública	Fonoaudiologia na Perspectiva da Promoção da Saúde	Promoção da Saúde e Prevenção em Fonoaudiologia	Fonoaudiologia Social e Preventiva	Introdução à Saúde Pública
Momento de inserção	3º ano do curso (5º e 6º semestre)	1º e 3º ano do curso (2º e 4º semestre)	2º ano do curso (3º semestre)	3º ano do curso (5º semestre)	2º ano do curso (1º semestre)	3º ano do curso (2º semestre)
Carga Horária total no semestre	80 horas	80 horas	60 horas	60 horas	30 horas	45 horas

Quadro 4-Nome das disciplinas que abordam o conteúdo Promoção da Saúde dos Cursos de Fonoaudiologia.

Em todas as instituições pesquisadas, as disciplinas que abordam o ensino da Promoção da Saúde são de caráter obrigatório. A inclusão desse conteúdo contempla uma nova visão da saúde e busca ampliar o nível de atuação profissional do fonoaudiólogo que historicamente esteve restrito à reabilitação. Como profissional da área da saúde ele deve ter a compreensão para lidar com as condições de saúde da população e para atuar na promoção da saúde, na prevenção, na recuperação, sem abandonar a reabilitação.

Conforme podemos observar no Quadro 5, a inserção de ensino da Promoção da Saúde na modalidade de estágio acontece entre o 3º e 4º ano em todas as IES pesquisadas.

	C1	C2	C3	C4	C5	C6
Estágio que aborda Promoção da Saúde	Saúde Coletiva I e II	Estágio supervisionado em Saúde Pública .Estágio supervisionado em Instituições	Estágio sup em Audiologia do Trabalho I e II. .Estágio sup em Fonoaudiologia Programa Creche e Escola. .Estágio sup em Atenção 1º em Audiologia I e II. .Estágio sup em Fonoaudiologia I e II.	Fonoaudiologia Educacional- Programa de Intervenção . Introdução à Audiologia Clínica Prática.	Estágio sup em Fonoaudiologia. .Estágio sup em Fonoaudiologia Clínica.	Supervisão em Fonoaudiologia em Serviços de Saúde Pública.
Momento de inserção	4º ano	3º e 4º ano	3º e 4º ano	3º e 4º ano	3º e 4º ano	3º e 4º ano

Quadro 5-Ano de inserção e nome do estágio que aborda a Promoção da Saúde nos cursos de fonoaudiologia pesquisados.

O momento de inserção do ensino da promoção da saúde que acontece durante o estagio curricular nas IES pesquisadas ocorre entre o 3º e 4º ano. Nas 28 instituições pesquisadas por Okida e Vieira (2000), a maioria dos estágios é realizada na própria instituição, com duração variando de dois a oito semestres.

As Diretrizes Curriculares para fonoaudiologia (BRASIL, 2002, p. 3) propõem em relação ao estagio curricular:

*Parágrafo Único: Este estágio deve ocorrer, prioritariamente, nos dois últimos anos de formação. A maioria destas atividades deve ser realizada na clínica-escola, adequadamente equipada para tal finalidade.*

Os dados encontrados em nossa pesquisa estão em consonância com as Diretrizes Curriculares. Achamos importante refletir em uma nova proposta de estágio que contemple sua inserção mais cedo do que vem acontecendo nos cursos, de modo geral no sentido de aproximar o aluno da prática profissional.

Segundo Maia (2004, p.117), o ensino das atividades práticas em geral ocorre nos momentos finais dos cursos, partindo-se do pressuposto de que

“primeiro é necessário saber, para depois fazer”. O mesmo autor refere que essa premissa atualmente é criticada, uma vez que a prática pode, e deve, ser problematizada para estimular o processo de ensino-aprendizagem do aluno diante de uma determinada situação que o leve a buscar elementos teóricos necessários à compreensão ou à proposição de soluções.

A inserção do aluno no estágio desde cedo desenvolve o raciocínio, instiga a curiosidade e a busca constante do conhecimento e para a aplicação deste conhecimento, deve haver integração da teoria com a prática de forma problematizadora. A problematização preconizada por Paulo Freire (1996), envolve a inserção de crítica da realidade que leve a refletir e atribuir significados, o que propicia a aprendizagem. O autor afirma que ...”*o exercício da curiosidade convoca a imaginação, a intuição, as emoções, a capacidade de conjecturar, de comparar, na busca da perfilização do objeto ou do achado de sua razão de ser.*” (p.88).

Nos cursos estudados percebe-se que o ensino da promoção da saúde está inserido em diferentes momentos curriculares, tanto nas disciplinas como nos estágios supervisionados, o que pode indicar o crescente compromisso das IES com os movimentos de mudança propiciados pelas atuais Diretrizes curriculares para os cursos da área da saúde.

#### **4.5 Componentes do plano de ensino**

Neste item caracterizamos o ensino da promoção da saúde nas IES investigadas por meio da análise dos planos das disciplinas identificados pela letra “P” .

De acordo com Masetto (2003), todo plano de disciplina se organiza a partir dos seguintes itens: identificação, objetivos, conteúdo programático, técnicas, processo e técnicas avaliativas, cronograma e bibliografia.

O planejamento segundo Batista (2001), se dá tanto com respeito à proposta curricular como ao ensino propriamente dito, e engloba as disciplinas e as atividades em situações específicas de aprendizagem (sala de aula,

ambulatório, laboratório enfermagem, etc). Assumindo o planejamento como atividade que antecede, direciona e adapta o processo de situações cotidianas do curso. Planejar envolve com a projeção de objetivos e o estabelecimento de meios, este é um exercício de reflexão ideologicamente comprometido. O ponto de partida é a análise da clientela por meio de uma reflexão de suas características. É a resposta do “para quem” se destina o processo: os alunos com suas aspirações e necessidades .(p. 126 e 127).

Este autor, na definição dos objetivos, explica que:

*é essencial a especificação dos níveis de aprendizagem a serem atingidos: a aquisição do conhecimento (através da ativação e correlação das experiências previamente adquiridas visando a sua reelaboração) o desenvolvimento das habilidades necessárias visando a atuação frente a esse novo conhecimento e a aquisição de atitudes para um melhor desempenho. Os objetivos devem expressar ações envolvendo curiosidade científica, investigação e criatividade (p.128).*

Para Batista (2005), os objetivos nos planos de ensino são as descrições claras do que se pretende alcançar como resultado final na aprendizagem dos alunos e o que se deseja e se espera para a ação educativa.

Segundo Masetto (2003) observa que falar em aprendizagem também significa referir um processo de crescimento e desenvolvimento de uma pessoa em sua totalidade, abarcando minimamente quatro grandes áreas: a do conhecimento, a do afetivo-emocional, a de habilidades e a de atitudes ou valores. Em relação à dimensão cognitiva, o autor explicita que:

*São características do desenvolvimento na área do conhecimento: a aquisição, elaboração e organização de informações, acesso ao conhecimento existente, relação entre o conhecimento que se possui e o novo que se adquire, reconstrução do próprio*

*conhecimento com significado para si mesmo, inferência e generalização de conclusões, transferência de conhecimentos para novas situações, compreensão dos argumentos apresentados para defesa ou questionamento de teorias existentes, identificação de diferentes pontos de vista sobre o mesmo assunto, emissão de opiniões próprias com justificativas, desenvolvimento da imaginação e da criatividade, do pensar e do resolver problemas(...)Desenvolver um saber integrando os conhecimentos de uma área específica com os de outras áreas, de forma interdisciplinar, voltada para os compromissos sociais e comunitários. (MASETTO,2003, p. 38).*

Identificamos nos planos de disciplinas que abordam conteúdos de promoção da saúde objetivos que abrangem questões sociais, comunitárias, educacionais com ênfase em ações preventivas compreendendo as dimensões cognitivas, de habilidades, afetiva e de valores ou atitudes.

No Quadro 6 é possível perceber de que forma os planos de ensino, referentes aos cursos pesquisados, falam sobre a dimensão cognitiva. Constituímos as unidades temáticas tomando como ponto de partida os objetivos dos planos de disciplinas das IES analisadas. Assim, os objetivos cognitivos foram agrupados nas seguintes unidades temáticas: conhecimento e reflexão sobre as políticas públicas de saúde, atuação nos serviços de saúde, processo saúde/doença e conhecimento específico da área de fonoaudiologia.

<b>DIMENSÃO COGNITIVA</b>	
<b>Unidades Temáticas</b>	<b>Objetivos extraídos dos planos de ensino.</b>
Conhecimento e reflexão sobre as Políticas Públicas de Saúde.	<p>“Fornecer ao aluno conhecimento sobre as políticas públicas de saúde e promover a análise de sua intervenção na atuação profissional”.(P1)</p> <p>“Levar o aluno a conhecer, discutir e elaborar a prática fonoaudiológica segundo os princípios e diretrizes do SUS”.(P1)</p> <p>“Levar o aluno a conhecer as políticas públicas de saúde e analisar sua intervenção no seu espaço de atuação profissional”.(P1)</p> <p>“Distinguir, a partir da análise da participação do estado, saúde pública e saúde coletiva”.(P2)</p> <p>“Fornecer ao aluno conhecimento da legislação vigente pertinente aos segmentos da população com relação aos serviços públicos de saúde, educação, trabalho e assistência social ,em relação à atuação fonoaudiológica”,(P4).</p> <p>“Aprofundar a dimensão conceitual dos discursos teóricos da saúde pública e da saúde coletiva”. (P6).</p> <p>“Proporcionar um conhecimento histórico das políticas públicas de saúde no Brasil” (P6)</p> <p>“Discutir o Sistema Nacional de Saúde(SUS) na sua dimensão política, conceitual e técnica”. (P6)</p>
Atuação nos serviços de saúde	<p>“ “Instrumentalizar o aluno para analisar a organização e os serviços de assistência à saúde fonoaudiológica.”(P1).</p> <p>“Adquirir noção de instituição e trabalho com o público” (P2)</p> <p>“Conhecer os níveis de atenção a saúde desenvolvidos para a população” (P2)</p> <p>“Fornecer os modelos teóricos de prevenção, em suas fases e níveis, e as ações programáticas para sua efetiva implantação” (P5)</p> <p>“Analisar as concepções de intervenção em saúde pelo fonoaudiólogo no contexto da Saúde Pública” .(P6)</p> <p>“Construir ferramentas à ação do fonoaudiólogo no campo da saúde coletiva de forma articulada à realidade sanitária do país”. (P6)</p>
Processo saúde-doença	<p>“Instrumentalizar o aluno para conhecer e analisar o processo de saúde e doença em uma população”.(P1)</p> <p>“Apresentar os princípios, conceitos que envolvem o processo saúde-doença” (P2).</p> <p>“Estabelecer o conhecimento da relação existente entre saúde individual e coletiva”.(P2).</p> <p>“Identificar qual o nível de prevenção correspondem as diversas formas de atuação, nos diferentes momentos da história natural da doença”(P2)</p>
Conhecimento específico da área	<p>“Relacionar o surgimento e o desenvolvimento da Fonoaudiologia e as políticas públicas” (P2)</p> <p>“Conhecer as características da Perda Auditiva Induzida por Ruído(PAIR) e seus modelos de classificação”.(P4)</p> <p>“Conhecer os protocolos de anamnese e monitoramento auditivo”(P4)</p> <p>“Reconhecer os componente do Programa de conservação auditiva(PCA)”. (P4).</p> <p>“Introduzir o aluno as noções básicas responsáveis pela eliminação ou intercepção dos fatores que interferem na aquisição, desenvolvimento e degenerescência dos modelos e processos da comunicação.” (P5)</p>

Quadro 6: Ensino da Promoção da Saúde: Unidades Temáticas e objetivos compreendidos na dimensão cognitiva.

Embora os planos apresentem objetivos relacionados diretamente com conhecimentos específicos da fonoaudiologia, existe um extenso detalhamento de aspectos relacionados ao estudo das políticas públicas de saúde (que são abordados na maioria dos cursos estudados) e a atuação do

fonoaudiólogo nos serviços públicos de saúde seguidos dos conceitos do processo de saúde/doença.

Todas as instituições pesquisadas apresentam os objetivos da dimensão cognitiva, porém as unidades temáticas que mais se destacam referem-se ao conhecimento e reflexão sobre as políticas públicas de saúde e atuação nos serviços de saúde presentes nos planos (P1, P2, P5 e P6). Quanto às unidades temáticas processo saúde/doença os objetivos da dimensão cognitiva estão presentes nos planos (P1 e P2); conhecimentos específicos da área aparecem apenas em três instituições (P2,P4 e P5).

A elaboração de um plano de ensino revela a intencionalidade docente. *Fornecer, proporcionar conhecimento, levar ao conhecimento, aprofundar o conhecimento* foram os verbos mais utilizados na formulação dos objetivos da dimensão cognitiva. Isto pode refletir concepções sobre o ensinar e aprender relacionados à transmissão da informação pelo professor. Ações como *construir, discutir, analisar*, que podem ser indicativas de uma centralidade na figura do aluno, aparece com menor frequência nos planos disponibilizados.

Com relação à dimensão atitudinal, Masetto (2003), entende que ela se relaciona com as referências existenciais no processo educacional e compreende:

*a valorização, a cooperação, a solidariedade, a criticidade, a criatividade, o trabalho em equipe. Valores como democracia, participação na sociedade, compromisso com sua evolução, situar-se no tempo e espaço de sua civilização, compreendem também o desenvolvimento ético, o desenvolvimento de valores pessoais como, por exemplo: responsabilidade pelo seu processo de aprendizagem, ética, respeito ao outro e suas opiniões, honestidade intelectual, curiosidade, autonomia, desenvolvimento de valores cidadãos e políticos etc (p.39 e 40).*

O Quadro 7 ilustra a dimensão atitudinal sendo possível perceber as unidades temáticas identificadas e os objetivos deste aspecto extraídos dos planos de disciplina.



DIMENSÃO ATITUDINAL	
Unidades Temáticas	Objetivos extraídos dos planos de ensino
Atuação em equipes multiprofissionais	"Levar o aluno a compreender e diferenciar o trabalho interdisciplinar, intersetorial, multidisciplinar e transdisciplinar na atenção à saúde, bem como a atuação em grupo e em equipe".(P1) "Desenvolver relação de respeito e compreensão com os empregados, empregadores e colegas e equipe na implantação do PCA."(P4) "Fornecer ao aluno subsídios teórico e teórico-prático para programas de atuação em equipes multidisciplinares." (P4)
Compromisso com transformação da realidade social.	"Levar o aluno a desenvolver programas de atuação fonoaudiológica para a saúde pública".(P1) "Fornecer ao aluno condições para assumir o seu papel como elemento transformador em uma sociedade em mudanças "(P4) "Desenvolver o espírito crítico para analisar o trabalho voltado para a atuação social".(P5).

Quadro 7 :Ensino da Promoção da Saúde: Unidades Temáticas e objetivos compreendidos na dimensão atitudinal.

Os objetivos da aprendizagem da dimensão atitudinal, apresentam um menor detalhamento se comparados com a dimensão cognitiva e se agrupam nas seguintes unidades temáticas: atuação em equipes multiprofissionais e compromisso com a transformação da realidade social. Além disso, esta dimensão está presente nos planos de disciplina P1, P4 e P5, as demais instituições não explicitam esta dimensão.

Sobre a dimensão habilidade/procedimentos, Masetto (2003) afirma que ela se refere ao domínio instrumental técnico e metodológico compreendendo aspectos como :

O aprender a se expressar e comunicar com outro colega, com professor, com profissionais da área, com clientes futuros; trabalhar em equipe; comunicar-se com os colegas e com pessoas de fora de seu ambiente universitário e presentes em seu ambiente profissional; fazer relatórios; realizar pesquisas; usar o computador; elaborar trabalhos individuais dos mais diferentes tipos; aprender com situações simuladas e com atividades em locais próprios de trabalho e em situações comunitárias; participar de grupos interdisciplinares ou de profissionais de áreas diferentes; redigir e apresentar trabalhos científicos a habilidades próprias da profissão. (MASETTO. p. 38).

No Quadro 8 destacamos a dimensão habilidades e procedimentos, compreendendo os objetivos extraídos dos planos de disciplina das instituições pesquisadas agrupados de acordo com as seguintes unidades temáticas: atuação nos diferentes serviços de saúde segundo as diretrizes do SUS e procedimentos específicos da área de fonoaudiologia. É possível perceber uma maior ênfase nas habilidades específicas da profissão. Nos planos estudados esta dimensão está presente nos planos P1 e P4 mais destacados. Embora estejam presentes nas Diretrizes Curriculares para fonoaudiologia, objetivos mais abrangentes, referentes a aspectos gerais da formação como os relacionados às habilidades de comunicação interpessoal e realização de atividades de pesquisa, não foram encontrados nos documentos analisados.

Os objetivos que se referem à dimensão de habilidades e procedimentos trazem alguns verbos como *habilitar, desenvolver, realizar*. Estes podem denotar a centralidade no aluno e um papel de mediador ou facilitador do docente no desenvolvimento de competências. Segundo Batista e Silva (2001), para as atividades que se refiram à dimensão das habilidades, outros procedimentos como aulas práticas em laboratórios, estágios em ambulatorios, enfermarias, etc são imprescindíveis.

Nesta linha de pensamento às Diretrizes Curriculares, em seu Art. 9º-(p.9), propõe:

*O Curso de Graduação em Fonoaudiologia deve ter um projeto-pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.*

<b>DIMENSÃO HABILIDADES E PROCEDIMENTOS</b>	
<b>Unidades Temáticas</b>	<b>Objetivos extraídos nos planos de ensino</b>
Atuação nos diferentes serviços de saúde segundo as diretrizes do SUS.	<p>“Habilitar o aluno para atuar em seu local de trabalho segundo a realidade e os princípios e diretrizes do SUS”.(P1)</p> <p>“Habilitar o aluno a atuar de forma preventiva e promover multimeios que permitam sua atuação profissional em diferentes locais de forma coletiva”.(P4)</p>
Procedimentos específicos da área de fonoaudiologia	<p>“Realizar adequadamente a anamnese e do exame audiológico, bem como os exames audiológicos”.(P4)</p> <p>“Correlacionar os dados da anamnese e do exame audiológico, elaborando diagnósticos pertinentes” (P4)</p> <p>“Fornecer subsídios ao aluno para atuar em prevenção ao abuso de voz”.(P4)</p> <p>“Fornecer ao aluno subsídios teórico e teórico-prático para distinguir diferenças fonéticas morfológicas, sintáticas e semânticas”.(P4)</p> <p>“Fornecer ao aluno subsídios teórico e teórico-prático para programas de conservação auditiva; fornecer ao aluno subsídios teórico e teórico-prático para programas de prevenção e identificação precoce das alterações auditivas”. (P4).</p>

Quadro 8: Ensino da Promoção da Saúde: Unidades Temáticas e objetivos compreendidos na dimensão habilidade e procedimento.

Nos Quadros 9a e 9b, apresentamos os conteúdos programáticos que foram agrupados em sete unidades temáticas: Saúde Pública no Brasil com ênfase no SUS; aspectos políticos e epidemiológicos; conceito do processo saúde-doença; História da Fonoaudiologia; atuação fonoaudiológica no Sistema Único de Saúde; ações de promoção e prevenção; atuação interdisciplinar, intersetorial, multidisciplinar e transdisciplinar e temas específicos da área de fonoaudiologia.

<b>Conteúdos Programáticos voltados ao ensino da Promoção da Saúde</b>	
<b>Unidades temáticas</b>	<b>Conteúdos extraídos dos planos de ensino</b>
Saúde Pública no Brasil	<p>A Saúde Pública no Brasil; políticas de saúde; vigilância da saúde; problemas e necessidades em Saúde Pública(P1).</p> <p>Saúde Pública no Brasil e políticas de saúde; as origens da Saúde Pública ; saúde em debate : a saúde pede socorro; uma história da Saúde Pública;Saúde Pública x Saúde Coletiva(P2)</p> <p>Gestão em saúde pública: utilização de dados para justificativa da inserção do fonoaudiólogo.(P5).</p> <p>Perspectiva histórica da Saúde Pública no Brasil.(P5)</p> <p>Conceitos básicos do SUS; princípios e diretrizes do SUS; organização de ações e serviços do SUS ;Sistema Único de Saúde e Unidades Básicas de Saúde; bases do Sistema Único de Saúde.(P1)</p> <p>A Saúde Pública e a Saúde Coletiva como área de conhecimento.(P6)</p> <p>As origens da Saúde Pública e a história da Saúde Pública no Brasil, diretrizes e princípios do SUS(P6)</p> <p>O modelo técnico-assistencial em saúde e os novos rumos das políticas públicas em saúde. (P6)</p>
Aspectos políticos e epidemiológicos, conceito do processo saúde-doença	<p>Conceito de Saúde Pública e Doença; Conceito de Saúde;(P4)</p> <p>O direito à Saúde; epidemiologia e saúde, saúde e sociedade.(P2)</p> <p>Compreensão e definição de política pública; Legislação vigente para política pública em saúde, educação, trabalho e assistência social; História natural da doença;Níveis de prevenção das doenças; Fatores relacionados às condições de saúde das populações; Vigilância epidemiológica;(P4)</p> <p>Epidemiologia, incidência e prevalência.(P5)</p> <p>A saúde e a doença: conceitos, o processo patológico e seus agentes.(P5).</p> <p>Apresentação e discussão de casos de estudos epidemiológicos.(P5)</p> <p>A epidemiologia fonoaudiológica:a história natural das doenças fonoaudiológicas e discussão de pesquisa.(P5)</p>
História da fonoaudiologia	Surgimento e desenvolvimento da fonoaudiologia no Brasil.(P2)
Atuação fonoaudiológica no Sistema Único de Saúde	<p>Sistema Único de Saúde e Fonoaudiologia; fonoaudiologia e saúde pública; modelos de atenção e fonoaudiologia; atuação fonoaudiológica nos níveis de atenção à saúde ;fonoaudiologia e promoção de saúde.(P1)</p> <p>Níveis de prevenção na atuação fonoaudiológica; modelo de fonoaudiologia preventiva(P2)</p> <p>Possibilidades de atuação;Atuação em berçário de risco;Atuação em estágios externos: Ambulatório e UBSs.(P4)</p> <p>A construção de discursos teóricos na fonoaudiologia para operar neste campo. (P6)</p> <p>A inserção do fonoaudiólogo no sistema público de saúde. (P6)</p> <p>Fonoaudiologia e atenção à saúde:construção de um trabalho ético-político junto ao projeto da saúde da unidade. (P6)</p>

Quadro 9a:Ensino da Promoção da Saúde: Unidades Temáticas e conteúdo programático.

<b>Conteúdos Programáticos voltados ao ensino da Promoção da Saúde</b>	
<b>Unidades Temáticas</b>	<b>Conteúdos extraídos dos planos de ensino</b>
Ações de promoção e prevenção	<p>Ações de promoção, proteção e recuperação da saúde(P2)</p> <p>Raciocínio clínico para tomada de medidas preventivas;Níveis de atuação preventiva na saúde da comunicação; Prevenção dos distúrbios vocais na atuação profissional; A intervenção precoce : seus pressupostos; Prevenção das dificuldades de aprendizagem .(P4)</p> <p>A inserção do fonoaudiólogo no SUS. A formação profissional em prevenção.(P5).</p> <p>A formação profissional em prevenção.(P5).</p> <p>A prevenção em fonoaudiologia: apresentação e discussão de casos em prevenção fonoaudiológica.(P5).</p> <p>Discussão de casos de atuação fonoaudiológica nos diversos níveis de prevenção.(P5)</p> <p>Discussão da intervenção fonoaudiológica preventiva: estudo de caso.(P5).</p> <p>Promoção de saúde fonoaudiológica e sua proteção em caráter público e privado.Discussão de programas de promoção e proteção da saúde fonoaudiológica.(P5).</p> <p>Diagnóstico e tratamento em fonoaudiologia no setor primário.(P5).</p> <p>Fases e níveis de prevenção.(P5).</p>
Atuação interdisciplinar, intersetorial, multidisciplinar e transdisciplinar	<p>Interdisciplinariedade, intersetorialidade, multidisciplinariedade e transdisciplinariedade na prática fonoaudiológica; trabalhos em grupos(P1)</p> <p>Instituição e trabalho para a coletividade.(P2).</p>
Temas específicos da área de fonoaudiologia	<p>Perda auditiva induzida por ruído: evolução da legislação trabalhista no Brasil; Perda auditiva induzida por ruído: características gerais e sistemas de classificação; Monitoramento auditivo; Protocolos de anamnese e exames na PAIR;Programa de conservação auditiva , protetores auriculares , caos clínicos;Aspectos jurídicos : Perícia em audiologia ocupacional, casos clínicos (P4).</p> <p>Triagens auditivas:universal, neonatos de risco, pré-escolares e escolares.(P4).</p> <p>Programa de atendimento ao idoso.(P4)</p> <p>Conceito de saúde da comunicação(P4)</p> <p>Legislação vigente referente às pessoas portadoras de deficiência; O ambiente ideal de aprendizagem para a criança pequena.(P4)</p> <p>Planos de desenvolvimento; Programas de acompanhamento do desenvolvimento de criança em risco.(P4)</p> <p>Fonética; Fonologia articulatória, Fonologia acústico-articulatória; Conceito de sociolinguística;Reconhecimento da estrutura de instituição educacionais(creche,pré-escola, escola).(P4)</p>

Quadro 9b:Ensino da Promoção da Saúde: Unidades Temáticas e conteúdos programáticos.

Quando analisamos os planos de ensino no referente aos **conteúdos programáticos** relacionados ao ensino da Promoção da Saúde percebemos que existe consonância e articulação com os objetivos propostos. Tanto nos objetivos da aprendizagem como nos conteúdos programáticos são priorizados, além dos aspectos específicos da área fonoaudiológica,

assuntos referentes à formação profissional num sentido mais amplo que envolve a articulação do trabalho do fonoaudiólogo com os aspectos políticos, históricos, sociais, inserção no mundo do trabalho nos diferentes níveis e serviços de saúde. Consideramos relevante ressaltar que os conteúdos que contemplam a prevenção e promoção da saúde são detalhados nos planos analisados.

No quadro 9a, estão destacadas três unidades temáticas agrupadas na pesquisa: saúde pública no Brasil, aspectos políticos e epidemiológicos, conceito do processo saúde/doença presentes nas instituições pesquisadas, porém apenas um dos planos (P2) apresenta a unidade temática história da fonoaudiologia.

No quadro 9b, as ações de promoção e prevenção aparecem nos planos P2, P4 e P5, enquanto que a unidade temática atuação interdisciplinar, intersetorial, multidisciplinar e transdisciplinar estão presentes nos P1 e P2. Já os temas específicos da área de fonoaudiologia está presente apenas no plano P4.

Uma grande parte dos objetivos e conteúdos analisados estão incluídos na dimensão do saber, embora as outras dimensões do processo educativo também estejam presentes nos planos analisados. Batista (2001) destaca que tradicionalmente o professor do ensino superior organiza e conduz o seu trabalho docente privilegiando a dimensão do saber; espera-se que o professor conheça profundamente a disciplina que leciona, demonstrando esse domínio e ajudando o aluno a aprender a conhecer. Segundo o autor o “saber fazer” é um dos componentes essenciais na formação do profissional da saúde. A competência profissional do professor é essencial no processo ensino-aprendizagem para a aquisição das habilidades necessárias ao desempenho profissional. Já o “saber ser” diz respeito às características pessoais e à dimensão humana da prática docente, especialmente na relação com os pacientes. Cabe ao professor estimular o aluno a aprender a ser o melhor, desenvolver sua personalidade e estar à altura de agir com autonomia, discernimento e responsabilidade pessoal. Estes três aspectos (o saber, o saber fazer e o saber ser) devem ser os pilares do

processo de ensino visando à aprendizagem do aluno nos aspectos relativos à apropriação e integração de conhecimentos ao aperfeiçoamento de habilidades e ao desenvolvimento de atitudes e comportamentos comprometidos com uma ética social.

Dentro desta perspectiva as Diretrizes Curriculares tem como objetivo (2001, p. 3) .

*levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a **aprender a aprender** que engloba **aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer**, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.*

Os aspectos até aqui analisados, destacam para o fato de que a aprendizagem é um processo constituído por determinantes cognitivos, afetivos e sócios-históricos, pressupondo a atividade do sujeito que aprende em meio a interações que constrói juntamente com outros sujeitos. Esse processo implica, assim, transformações do conhecimento técnico-científico, da postura crítica e do compromisso ético.

#### **4.6 Estratégias de Ensino-Aprendizagem e recursos didáticos**

Apresentamos as estratégias de ensino-aprendizagem que aparecem nos planos de ensino, complementados com dados obtidos nas entrevistas com as coordenadoras. Elaboramos o Quadro 10 com o propósito de apresentar as estratégias didáticas utilizadas pelos professores que abordam conteúdos sobre promoção da saúde.

	Aulas expositivas	Semi - nários	Leitura de textos	Exposição dialogada	Dinâmicas de Grupo e vivência de estágio	Metodologias Ativas	Palestras com convidados
C1	X	X	X	X	X		
C2	X	X	X	X	X		X
C3	X	X	X	X	X		
C4	X	X	X	X			
C5	X	X	X	X		X	X
C6	X	X	X	X	X	X	X

Quadro 10: Estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas no ensino da promoção da saúde

As estratégias de ensino mais utilizadas em sala de aula nas disciplinas que abordam aspectos da promoção da saúde: aulas expositivas, seminários, leitura de textos e exposição dialogada, desenvolvidos em todos os cursos estudados. Já dinâmicas de grupo e vivências de estágio são usadas por quatro IES, metodologias ativas e palestras ministradas por convidados por três IES e metodologias ativas, por duas.

Segundo Batista e Silva (2001), a escolha das estratégias e dos recursos didáticos deve ter como ponto de partida a inclusão de atividades que possibilitem a ocorrência da aprendizagem como um processo dinâmico, ou seja, de construção e reconstrução do conhecimento.

Sabemos que a aula expositiva é freqüentemente utilizada para transmitir o conteúdo teórico. Em nossa pesquisa os dados encontrados indicam seu uso também para atingir as dimensões cognitivas do processo de ensino-aprendizagem.

O uso habitual da aula expositiva pode ser um indicativo da existência de um ensino reprodutivo em que o professor é a principal fonte de informação e o aluno assume um papel passivo (BATISTA & BATISTA 2004; MASETTO 2003).

Na visão de Lopes (2001) a aula expositiva é conceituada como uma comunicação verbal estruturada, com objetivo de transmitir determinados conteúdos aos alunos, escolhida quando se pretende introduzir um novo



assunto; permite uma visão geral e sintética de um assunto, apresenta e esclarece conceitos básicos de determinado estudo e permite a conclusão deste estudo. Mas a aula expositiva precisa ser significativa para permitir ou provocar a construção do conhecimento, na sua modalidade dialógica pode comportar a expressão de idéias, a aproximação aos novos conhecimentos e a criação de outros.

A aula expositiva dialogada pode ser conduzida de diferentes maneiras, ora mais centrada no professor, ora menos, permitindo uma atividade dialogada. O professor pode assumir um papel de facilitador. Além disso, palestras e seminários são outras maneiras de propiciar debates.

Em face à transformação de um ensino vertical, no qual o professor detém o conhecimento e o transmite ao aluno, destacamos Sonzogno (2004) como uma das autoras que acredita na necessidade de mudanças no processo de ensino e aprendizagem, por isso, para ela, o professor deve abandonar o lugar de sujeito que ensina, para assumir também o lugar de quem aprende mediando o processo; o aluno deve articular o aprender e o ensinar em seu cotidiano universitário. As preleções dialogadas e o seminário são exemplos dessa centralidade no aluno configurando situações em que idéias, interpretações, leituras são permanentemente partilhadas, gerando contextos interativos para a construção de conhecimento.

Segundo Batista (2004), não se trata de abandonar a transmissão das informações, mas de (re)significar o conteúdo transmitido, sabendo que o contexto da informação, a relação com o cotidiano e a aplicação prática, a valorização do que o aluno já sabe, as conexões entre as diversas disciplinas, ampliam as chances de ensinar para formar, em uma perspectiva de construção do conhecimento.

Assim, compartilhamos das reflexões de Batista (2004) no âmbito dos cursos da saúde: um dos condicionantes mais importantes na formação do profissional em saúde tem sido as diretrizes curriculares. Ao inovar trazem um perfil comum à área da saúde, indicam que os currículos de graduação devem atentar para a questão da humanização e da ética; do aluno como sujeito do conhecimento; da problematização como estratégia metodológica privilegiada;

da integração dos currículos com o Sistema Único de Saúde (SUS); da educação permanente como instrumento em um contexto de tantas e tão significativas transformações econômicas, políticas e educacionais.

Embora os planos de ensino apresentem objetivos e conteúdos referentes à dimensão procedimental, não se detalham estratégias que possibilitariam abranger essa dimensão. As estratégias devem favorecer o “saber fazer” para isso. Para tanto nessa outra tendência o professor passa de centro a facilitador do processo ensino-aprendizagem e o aluno, antes receptor passivo, torna-se o centro do processo e construtor de seu próprio conhecimento. Nesta perspectiva é preciso que os métodos favoreçam a correspondência dos conteúdos com os interesses dos alunos e os preparem para o exercício profissional (BATISTA, 2001).

O uso de estratégias variadas cria uma motivação para a aprendizagem do aluno e para seu envolvimento durante o processo de ensino-aprendizagem. Destacamos alguns autores na literatura que desenvolveram estratégias facilitadoras para a aprendizagem. Ruiz-Moreno e cols (2005) relatam que o psicodrama pedagógico utilizado como recurso no *jornal vivo*, pode ajudar a valorizar as aprendizagens e saberes anteriores dos sujeitos, possibilitar a reorganização do conhecimento, ampliar a reflexão crítica e a consciência do compromisso individual e social dos profissionais da área da saúde já que os conteúdos são trabalhados na esfera cognitiva, atitudinal, emocional, afetiva e das habilidades.

As estratégias são facilitadoras da aprendizagem quando utilizadas e aplicadas de forma variada e se apresentam como tal quando incentivam a participação ativa dos alunos, retirando-os da passividade costumeira.

A utilização adequada de recursos didáticos representa uma ajuda ao professor no processo de comunicação podendo facilitar o aprendizado. Quanto aos recursos áudio-visuais, todas as IES pesquisadas utilizam PowerPoint, data-show, vídeos, especialmente para ministrar aulas expositivas e seminários. Os dados, da forma como foram coletados, não nos permitem inferir com que frequência esses recursos são utilizados. Porém podemos deduzir que seu uso é mais frequente quando se trata do conteúdo teórico a

ser transmitido.

Em nossa pesquisa constatamos a utilização de ambientes virtuais na *internet*, onde são disponibilizados materiais de estudo para os alunos, organizadas ligas e outras atividades grupais. Este recurso pode ser uma motivação a mais para aprender, desenvolvendo a autonomia, mas requer postura crítica e reflexiva na seleção das fontes bibliográficas.

Para Batista e Silva (2001), a tecnologia da informação é um dos mais eficazes meios de instrução capaz de fornecer retro-alimentação para o usuário, de forma interativa e imediata, oferecendo seqüências alternativas de aprendizado. Além disso, é inegável a relevância da informática no trabalho docente, na investigação científica e no processo de comunicação do professor em aula.

Segundo Masetto (2003, p.131), o uso de técnicas que se baseiam no uso de computador e informática, chamadas inicialmente de “novas tecnologias” e, posteriormente, de “novas tecnologias de informação e comunicação” (NTIC), incluem o uso da Internet, do CD-ROM, da multimídia, de *sites*, de ferramentas como *chat*, grupos ou lista de discussão, fórum, vídeo e teleconferência, correio eletrônico e de outros recursos e linguagem digitais de que atualmente se dispõe e que podem colaborar significativamente para tornar o processo de educação mais eficiente e eficaz.

Esse mesmo autor refere que esta tecnologia valoriza a auto-aprendizagem, incentiva a formação permanente, a pesquisa de informações básicas e das novas informações, o debate, a discussão, o diálogo, o registro de documentos, a elaboração de trabalhos, a construção da reflexão pessoal, a construção de artigos e textos, além de professor e aluno poderem trabalhar conjuntamente não só na aula, quando se encontram, mas também à distância.

Quanto aos cenários de ensino/aprendizagem privilegiados, a sala de aula ainda é o espaço mais usado para desenvolver esse processo. Em nossa pesquisa uma instituição privada cita outros cenários da práxis fonoaudiológica, como as Unidades Básicas de Saúde, os hospitais, as creches e escolas públicas e a própria clínica-escola da IES. Duas instituições

referem visitas domiciliares, e uma outra a participação em atividades do Programa de Saúde da Família. Considero que a inclusão destes espaços na formação profissional do fonoaudiólogo é relevante no atual contexto brasileiro.

A respeito da atuação do fonoaudiólogo no Programa de Saúde da Família (PSF), Chun (2004) menciona que há um empenho e esforço de profissionais que buscam inserir a Fonoaudiologia nos programas de Saúde da Família e de Qualidade em Saúde (Qualis). Estes são programas governamentais em que o fonoaudiólogo não está inserido de modo oficial. A autora destaca que existe um movimento que tenta ampliar o número de profissionais fonoaudiólogos nos serviços públicos e estabelecimento de decretos-lei, tais como o da triagem auditiva em escolares e o de programas de saúde vocal do professor.

Segundo Rodrigues, Rezende e Marchiori (2003), a fonoaudiologia cresceu muito nos últimos anos e houve a necessidade de elaborar um documento para saber onde o fonoaudiólogo atua. Em razão disso surgiu o Documento Oficial 001/2002 que teve por objetivo caracterizar as ações inerentes ao exercício da profissão. Este é um documento de referência para a Fonoaudiologia do Brasil. A relação das possíveis áreas de ocupação do Fonoaudiólogo é o resultado desse trabalho: unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades, hospitais e maternidades, consultórios, clínicas, *home-care*, atendimentos domiciliares, asilos e casas de saúde, creches e berçários, escolas regulares e especiais, instituições de ensino superior, meios de comunicação, empresas, associações e organizações não governamentais.

Para Nicoletti (2005) as estratégias educativas podem ser capazes de promover ações transformadoras sobre o conceito doença e saúde propiciando ações e atitudes que conduzam a vivenciar experiências de saúde e desenvolvimento humano.

A aproximação à prática profissional utilizando diversos cenários de ensino-aprendizagem, que incluam os diversos serviços de saúde, escolas, comunidade, constitui um relevante aspecto formativo na área da saúde. As Diretrizes Curriculares recomendam a utilização de experiências reais que

deverão ser construídas, e ou vivenciadas pelos estudantes para a compreensão e proposição de soluções. Isto torna a aprendizagem mais significativa e constitui estratégias de problematização do próprio ensino.

O atual contexto de mudanças nas políticas públicas de saúde e educação cria novos desafios para a função docente. Assim, segundo Gordan (2004), as metodologias atuais do ensino-aprendizagem exigem uma capacitação docente muito mais estruturada, considerando-se que os pressupostos e as técnicas educacionais têm de ser incorporados “de novo” à prática docente. No tópico a seguir analisamos mais um aspecto desafiador da prática docente.

#### 4.7 Avaliação da Aprendizagem

Analisamos neste item o processo de avaliação, a partir dos planos de disciplina. No Quadro 11 destacamos os procedimentos de avaliação utilizados nos cursos pesquisados. A prova aparece como o procedimento mais comum de avaliação da aprendizagem do aluno nas disciplinas dos cursos de fonoaudiologia que abordam conteúdos de Promoção da Saúde pesquisados neste trabalho. Já o seminário é utilizado em duas disciplinas; estudos epidemiológicos, relatórios dos trabalhos grupais e pesquisa bibliográfica são utilizados apenas em um curso.

Unidades destacadas	Procedimentos de avaliação extraídos dos planos de ensino
Avaliação Prova	Prova teórica.(P1) Prova teórica (P2) Prova teórica (P4) Prova teórica (P5)
Seminários e trabalhos	Seminário e trabalho em grupo(P1) ;(P6) Estudo epidemiológico realizado nas instituições de estágios; trabalho em grupo semestral com relatório e pesquisa bibliográfica; (P2)

Quadro 11: Ensino da Promoção da Saúde-Avaliação da aprendizagem

Em nosso estudo, constatamos a prova como o procedimento mais citado

pelas coordenadoras. É aplicada no final do processo com atribuição de nota, permitindo verificar os conhecimentos adquiridos pelo aluno. Gesteria (2006), ao estudar o ensino da fisioterapia preventiva na formação profissional do fisioterapeuta da Região Norte, constatou que, em relação às estratégias de avaliação utilizadas nas disciplinas ou módulos investigados, que as mais citadas foram: prova, seminário, relatório, *folders* com atribuição de nota. Além da dimensão cognitiva são considerados a participação e interesse do aluno como critérios que complementam a avaliação.

Masetto (2003) observa que geralmente nas instituições educativas os métodos de avaliação mantêm características tradicionais: durante o semestre ministram-se aulas e aplicam-se provas, e prova com atribuição de notas é priorizada, enquanto a primeira é uma obrigação maçante e desnecessária.

O autor ressalta que o processo de avaliação precisa ser pensado, planejado e realizado de forma integrada com os objetivos a serem alcançados. O processo de avaliação deve ser contínuo, tanto nos momentos de sucesso como naqueles em que não se conseguiu aprender. Assim, assume-se a característica de retroinformação, que provém de professores, colegas do próprio aprendiz e de outros elementos que possam estar participando desta avaliação, cumprindo o papel de motivar todos os atores do processo para aprender cada vez mais.

Segundo Batista e Silva (2001), a escolha do instrumento de avaliação deve ser resultado de análise do que se pretende alcançar, da natureza do conhecimento avaliado, das estratégias de ensino utilizadas e da qualidade de alunos a serem avaliados.

Os seminários, relatórios de trabalhos em grupos e pesquisas de campo e bibliográficas, usados como procedimento para a avaliação, embora pouco difundidos nos cursos pesquisados, neste trabalho podem representar indícios de mudança nas práticas de avaliação. Entre os critérios de avaliação utilizados pelas IES se destacam participação, assiduidade e interesse, análise crítica, aplicação do conteúdo, redação, raciocínio e criatividade. Já nos estágios o estudo epidemiológico constitui a forma privilegiada no processo de avaliação.

Observamos que, embora persistam nos cursos analisados neste

estudo formas tradicionais de avaliação, existe um comprometimento das entrevistadas no desenvolvimento dos processos cognitivos dos alunos, da participação em processos de aprendizagem significativa para aprimorar sua atuação profissional, além de estimular o aluno na busca e construção de conhecimentos, caminhando para a superação do perfil profissional tecnicista. A ênfase passa a ser dada a uma aprendizagem que engloba competências para a formação mais integral.

Para a Masetto (2003) a mudança na parceria e co-participação entre professor e aluno no processo de aprendizagem ainda se apresenta de forma inicial, pois na grande maioria das situações encontramos o professor no papel de transmissor de informações, e mesmo atuando unicamente com aulas expositivas, um razoável número de docentes tem se preocupado em chamar o aluno para se envolver com o conteúdo que está sendo estudado. A prevalência do ensino é um “processo no qual o professor “ensina” aos alunos que “ não sabem”e estes reproduzem as informações recebidas nas provas, buscando a simples aprovação.

Assim, no nosso entendimento, conhecendo um número maior de técnicas avaliativas, o professor será capaz de aplicá-las em função dos objetivos envolvidos; uso combinado de várias técnicas e instrumentos devem ser selecionados adequadamente para avaliar as diferentes dimensões do saber.

Em relação a isso, o documento das Diretrizes Curriculares (p. 4) estabelece:

*Parágrafo 2º O Curso de Graduação em Fonoaudiologia deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.*

*Parágrafo 1º - As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares*

Compartilhamos da proposta das diretrizes curriculares uma vez que classificamos os objetivos e os conteúdos do ensino da promoção da saúde de acordo as dimensões cognitivas, afetivo-emocional e habilidade e procedimento segundo Massetto (2003). Assim acreditamos que a avaliação deve ser coerente com os mesmos.

#### **4.8 Dificuldades, facilidades e mudanças no ensino da promoção da saúde**

Quando indagadas sobre as dificuldades de ensinar a promoção da saúde, as coordenadoras assinalaram: a escassa carga horária e número de professores e campo de práticas insuficientes como os principais entraves, especialmente em relação ao estágio supervisionado. Além disso, levantaram questões como: descontinuidade de programas, déficit financeiro, falta de professores com formação específica na área de saúde pública, o não (re)conhecimento do profissional fonoaudiólogo e visão do fonoaudiólogo centrado na clínica.

Embora exista uma demanda de estágios por parte dos serviços de saúde, a coordenadora de uma IES particular diz que não consegue atender os diferentes locais, devido à **carga horária insuficiente**, no regime contrato hora/aula.

Não dá para ir além da carga horária que já é estabelecida, ir mais do que isso onera muito porque nós só trabalhamos com estágio, com supervisão presencial, então o professor acompanha o aluno em todas as horas na carga horária total do estágio. Então selecionamos alguns locais e trabalhamos, eu não consigo atender todos os campos.(E2).

A disponibilidade de carga horária para estágio não é uma dificuldade exclusiva das IES particulares, ainda que por razões diferentes. Uma



coordenadora de instituição pública refere **entraves ocasionadas pela reorganização das propostas curriculares**:

Ah! Dificuldade é conseguir uma carga horária para que os alunos passem o tempo suficiente de estágios. O curso inteiro aumentou a sua área de atuação, a sua carga horária e sua ramificação e às vezes é preciso equacionar alguns estágios, então não existia um estágio antes, há anos atrás, um estágio assim teórico saúde materno infantil, não existia, então você acaba colocando outras disciplinas e diminuindo um pouco a carga horária de alguns estágios, o programa escola, o programa creche, eles tiveram uma diminuição de carga horária porque não cabia na grade, então essa dificuldade a gente tem.(E3).

Em um estudo sobre as dificuldades de lecionar gerontologia/geriatria nos cursos de Terapia Ocupacional no estado de São Paulo, Ramalhão (2006) encontrou que os professores também relataram problemas relacionados com a estrutura curricular e carga horária insuficiente para desenvolver esses conteúdos.

No presente estudo o **número insuficiente de professores** também é citado pela coordenadora de uma IES pública como uma dificuldade para acompanhar os alunos durante os estágios supervisionados, o que levou à reorganização dos grupos :

Houve uma outra dificuldade que a gente teve que lutar, foi conseguir mais supervisores para acompanhar, porque você tem que dividir em grupos, grupos de seis para a creche, a gente tinha quatro creches e ao mesmo tempo para quatro professores era complicado, a gente dividiu e diminuiu para duas e com horários alternados para ter o mesmo supervisor acompanhando o grupo, e isso foi o que a gente conseguiu fazer, mas foi equacionando os horários do grupo. (E3).

Além do número insuficiente de professores, um aspecto relevante observado nas entrevistas é **a falta de formação** dos mesmos para atuar no campo de estágio:

...Segundo a formação do professor para poder dar este conteúdo, que a gente como fonoaudiólogos, quem está dando aula hoje não teve isso no passado, ao menos aqueles que procuram ir para essa área, não são todos os professores que têm essa noção. Eu reconheço isso então, eu acho que são duas questões: número um: capacitação dos professores e formação do professor, já que ele não teve formação nessa área, ele tem de ser capacitado para isso e segundo o próprio campo de estágio(E5).

Você realmente não encontra muitos docentes com a formação em Saúde Pública, o que você pega é fonoaudiólogo que por alguma coisa da sua história acaba fazendo atuação em Saúde Pública e acaba se envolvendo e querendo trabalhar nessa área.(E2).

Em nossa pesquisa alguns entrevistados chamam nossa atenção pelo fato de que os fonoaudiólogos que atuam nesta área lecionando não possuem uma formação específica, foram exercendo sua atividade profissional na área e construindo seu conhecimento. Há poucos professores engajados neste processo de **formação docente na saúde pública**. Discutir a formação do professor universitário hoje da área da saúde é refletir no processo de formação didático-pedagógico e na prática em que se insere, mais específico ainda quando o fonoaudiólogo que exerce a docência em um caráter quase que exclusivo atribuído às áreas de atuação na fonoaudiologia (audiologia, voz, linguagem e motricidade oral). Já sua atuação nas áreas de saúde pública e coletiva só recentemente foi reconhecida como uma área da especialidade.

Frente aos entraves destacados pelas coordenadoras ressaltamos a importância de garantir o estágio com supervisão como preconizado no Art. 7º das Diretrizes Curriculares do Curso de Fonoaudiologia.

*“A formação do Fonoaudiólogo deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente, no qual o aluno adquira experiência profissional específica em avaliação, diagnóstico, terapia e assessoria fonoaudiológica.”(p.3)*

Ainda em relação ao estágio, o **campo de prática insuficiente** também foi

ressaltado por uma coordenadora de IES privada filantrópica.

Eu acho que a maior dificuldade desse ensino é o campo de prática que às vezes você não tem... o que adianta você ficar só no ponto de vista teórico e você também não vai levar o aluno a desenvolver competências nessas áreas ou nessa área de atuação .(E5).

A necessidade de estabelecer parcerias entre as IES e os locais de estágio que permitam **desenvolver programas com continuidade** foi mencionado pelas entrevistadas:

É uma queixa que a gente ouve na maior parte dos fóruns, das discussões que a gente presencia é de realmente ter programas mais contínuos, de ter vínculos com os locais onde a gente atua e dar continuidade.(E2).

Ramalhão (2006) destacou, quanto aos aspectos negativos de lecionar o componente curricular gerontologia/geriatria nos cursos de Terapia Ocupacional, problemas relacionados com a inserção no Sistema de saúde. Os professores relataram a falta de campo para atuação como principal dificuldade para a realização das atividades práticas com os alunos, quer pela inserção profissional do terapeuta ocupacional, que às vezes não é valorizado nos serviços de saúde, quer pela descontinuidade da atenção dos trabalhos prestados nos serviços de saúde. Estes dados, semelhantes ao encontrado em nossa pesquisa, evidenciam que os professores da área da saúde que desenvolvem atividades docentes frequentemente relatam esta queixa

A **disponibilidade de recursos financeiros necessários para estabelecer contratos com os serviços**, especialmente nas IES de regime particular, representa também uma dificuldade adicional para a realização do estágio:

Por exemplo para você conseguir um estágio no setor público o que eles estão pedindo ...eles estão pedindo uma contribuição da universidade para você conseguir estágio, então o que acontece com o nosso curso? O nosso curso

está passando por dificuldade na fonoaudiologia, porque poucas pessoas estão procurando para fazer o curso, então você tem turmas pequenas que acaba dando uma despesa para universidade e não dando lucro, então para você conseguir, dar para estas instituições uma parte, alguma contribuição para conseguir estágio fica difícil... se bem que até agora eu consegui que o pessoal entendesse e a agente dá em troca cursos, coisas assim, não a parte financeira, então eu acho que a entrada nesses serviços é um pouquinho difícil para você conseguir..(E1).

A fala da entrevistada E6 também reflete o momento de retração em que se encontram os cursos de fonoaudiologia devido à diminuição dos ingressantes. Um dos fatores desta diminuição seria **o valor financeiro do curso** que em algumas IES exige a presença do aluno em período integral, além de que o mercado de trabalho não tem oferecido suficientes vagas para estes profissionais, levando a um desinteresse pela profissão.

Reforma de enxugar os créditos financeiros, a gente queria diminuir o pagamento do curso, a gente achava que ele era muito caro.(E6).

As **características dos alunos e suas expectativas em relação ao curso** também representam desafios para a inserção nos campos de estágio que abordam o conteúdo de promoção da saúde:

Eu acho que a maior dificuldade às vezes é você convencer o aluno da importância disso, o aluno ele muitas vezes não quer ir para fora do campus, ele quer ficar na clinica, onde é um local ...assim todo preparado para ele, onde ele tem a secretária, onde ele tem sala e ir para campo externo de estágio, onde ele vai ter que pensar diferente e não no atendimento individualizado, ele tem que começar a pensar em programas diferentes ...na demanda , e eu acho que é essa a maior dificuldade de convencimento talvez do aluno (E2).

**O papel do professor como agente qualificado e comprometido com os processo de mudança** é assinalado como fundamental na conscientização

dos alunos:

Eu acho que a maior dificuldade mesmo é a mudança de pensamento de aluno, do aluno e do docente, eu acho assim, o docente que gosta da área, ele lógico, convence o aluno ,e ele compra a briga. (E2).

Esta dificuldade de aceitação do estágio nos serviços de saúde por parte do aluno de fonoaudiologia pode ter pontos em comum com o observado por Bulcão (2004) em um estudo com alunos de medicina. O autor observa que as atividades extramuros constituem um ponto central no processo de transformação das escolas médicas. A resistência de alunos (e de professores também) a determinadas propostas que tocam o cerne do sistema de valores da profissão médica, as propostas que visam deslocamento do eixo hospital/ atenção individual/ especialização geram conflitos e resistência à sua efetivação, à medida que atingem o status profissional e a representação perante si e a sociedade.

A autora explica que propostas centradas em ambiente ambulatorial ou unidades extra-hospitalares, práticas generalistas, medicina familiar, trabalho em equipe multidisciplinar são entendidas, sob o ponto de vista do reconhecimento social, do prestígio e do valor profissional, como menos prestigiosas, ameaçando assim a autonomia profissional, o que gera conflitos e inseguranças. Entendemos portanto que as iniciativas extramuros devem se inseridas logo no primeiro ano do curso, pois quanto mais cedo forem abordadas estas atividades haverá mais chances de que valores tradicionais próprios da profissão médica, e que acirram resistências por parte dos estudantes e que são às vezes reforçados no decorrer do curso, não se cristalizem.

Ramalhão (2006) citado anteriormente também destacou outros aspectos negativos de lecionar o componente curricular gerontologia/geriatria nos cursos de Terapia Ocupacional no Estado de São Paulo, como problemas relacionados com aos alunos com base de conhecimentos e desenvolvimento pessoal deficitários .

Como vemos, as dificuldades assinaladas pelas coordenadoras, em nossa pesquisa estão de acordo com a literatura, os problemas indicados expressam

como os alunos chegam hoje na universidade: com escassa base de conhecimento, imaturos, com pouca vivência o que apresenta um grande desafio para o ensino superior em desenvolver e integrar os conhecimentos prévios aos que irão adquirir no decorrer da formação. Sobre este aspecto os Art. 8º e 9º das Diretrizes Curriculares enfatizam que.

*O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Fonoaudiologia deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou à distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins. (Art. 8º, p.3).*

*O Curso de Graduação em Fonoaudiologia deve ter um projeto-pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência (Art. 9º, p.3).*

**O (re)conhecimento do profissional fonoaudiólogo e a necessidade de se integrar na equipe multiprofissional**, nos diferentes serviços de saúde, é citado como um desafio embora surjam indicações de mudança:

Existe uma dificuldade que eu acho que é bem da nossa profissão, eu acho que ainda nosso trabalho apesar de ser reconhecido em um monte de lugares, tem muita gente que não conhece o que a gente faz, então isso dificulta muitas vezes entrar nos lugares, então por exemplo quando eles entram numa UBS para eles conseguirem mostrar a importância, entrar em contato com os outros profissionais fica muito difícil ... eles não tinham pacientes quase porque o

peçoal não encaminhava, então a entrada do fonoaudiólogo é muito difícil, mas a partir do momento que você consegue fazer isso, as pessoas começam a valorizar o trabalho e aí começa a ficar tudo mais fácil (E1).

A fala a seguir retrata aspectos da relação ensino-serviços e a **difículdade de selecionar cenários de prática** adequados para desenvolver o processo de formação profissional do fonoaudiólogo que conte com equipes multiprofissionais comprometida com esse processo. A importância deste contexto é enfatizada na definição do perfil das diretrizes curriculares nacionais.

Dificuldade existe na seleção do local por quê? Porque o curso de fonoaudiologia tenta estar onde os outros cursos da universidade estão para fazer este trabalho multidisciplinar não é! Eu te diria que as dificuldades são de entrar num local público, de instalar, porque veja: não que a gente vai instalar um sistema de assistência, é um sistema de ensino! Que ocorre paralelamente à assistência do local, o dia-a-dia do trabalho ! Nós precisamos de um local para ensinar e para formar ,então isto não é fácil ! daí esta procura dos locais. Nós precisamos de um fonoaudiólogo que esteja lá, precisamos de uma equipe de saúde empenhada no ensino também, empenhada em aprender as coisas novas que a gente possa trazer, tem que haver uma troca.(E4).

A relação assistência/docência também é assinalada neste depoimento já que na visão da entrevistada E4 cada uma tem sua especificidade. A inserção dos alunos em diversos serviços de saúde é necessária para sua formação. Este aspecto é um dos objetivos das Diretrizes Curriculares no processo de formação do profissional fonoaudiólogo.

*Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz. (p.2).*

A reorganização das propostas curriculares dos cursos de fonoaudiologia também representa desafios para o ensino da promoção da saúde. A **visão da clínica** é referida como um aspecto que foi por muito tempo valorizado e influenciado pelo modelo biomédico, e que é difícil trabalhar com a idéia de promoção da saúde na formação do aluno de fonoaudiologia. Assim apontam as coordenadoras.

Os fonoaudiólogos não estavam preparados para atuar com a promoção da saúde, os nossos currículos ficaram por muito tempo centrado na visão da clínica.(E4).

Às vezes o aluno não vê aquilo como uma grande importância, ele vê muito o modelo meio clínico/ médico. É difícil você trabalhar com a idéia de que isso é importante.(E6).

É importante destacar que formação clínica faz parte e contempla a formação do profissional, mas esta formação, que por muito tempo foi influenciada pelo modelo biomédico, atualmente tem sido uma das discussões no ensino superior da área da saúde, ela deve ser ampliada com vista em oferecer um currículo que contemple o perfil de formação proposto pelas Diretrizes Curriculares atento às reais necessidades associadas dentro do contexto do SUS, assim sobre este aspecto o Art 6º das Diretrizes Curriculares enfatiza que:

*Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Fonoaudiologia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em fonoaudiologia. (p.3)*

No campo da área da saúde, um dos grandes desafios da educação hoje é ampliar esta visão reducionista da clínica, em relação a isso Gastão (2005) afirma



que realizar clínica na rede básica de saúde tem uma série de especificidades. O conceito de clínica utilizado é o de “inclinarse” para acolher a demanda do cidadão doente; em função da terapêutica representa: aliviar, confortar, curar ou reabilitar. Considera-se que todo profissional de saúde que atende ou cuida de pessoas realiza clínica e que há, portanto, várias modalidades de clínica: a do médico, a do enfermeiro, a do fisioterapeuta. A ampliação da prática clínica pressupõe a abordagem do doente para além da doença e suas queixas.

O autor explica que devemos considerar o doente como sujeito, com o objetivo de aumentar o coeficiente de autonomia e o autocuidado dos pacientes e familiares, de modificar a escuta, a entrevista, valorizar a relação horizontal, no tempo, com existência de vínculo entre os profissionais e doentes/familiares, e assim ampliar a relação de confiança. Pressupõe também o trabalho em equipe multiprofissional, sendo todos os profissionais responsáveis com o cuidado prestado.

A clínica ampliada incorpora os saberes das várias profissões. Qualifica a assistência, cria um vínculo terapêutico entre os usuários e os profissionais da saúde. Esta interação supõe troca de saberes (incluindo os dos pacientes e familiares), diálogo entre os profissionais, modos de trabalhar em grupo o que produz uma equipe que sustenta construções coletivas, que supõe mudança pelos encontros entre seus componentes.

Neste sentido, é importante que o profissional fonoaudiólogo, amplie sua prática no sentido de favorecer o vínculo terapeuta e paciente.

Algumas das coordenadoras também destacaram **facilidades para ensinar a promoção da saúde na formação do fonoaudiólogo**, e expressaram que **a trajetória do curso foi consolidando as concepções com as quais o mesmo se originou já que nasceu embasado nos pressupostos da prevenção e da promoção à saúde.**

O que a gente tem de certa forma de facilidade aqui é a origem do curso, é a origem de como ele foi facilitado dentro da faculdade de medicina pelo grupo da preventiva, da pediatria, ele surgiu com esse perfil, o perfil voltado para a Promoção da Saúde. (E3)

Além disso, esta coordenadora E3, de uma das IES pública relata que a possibilidade de desenvolvimento e formação do aluno no campo da prática é facilitado uma vez que a **instituição tem seus cenários de prática estabelecidos.**

Já, a **proximidade do local de estágio** é citada como um importante aspecto facilitador para a entrevista E5:

Vamos fazer esta formação, foi muito fácil, enxergar esta necessidade de trabalho, sabendo que era só atravessar a rua e o aluno ia ter uma prática.(E5).

Na opinião de duas coordenadoras o **perfil do aluno e sua disponibilidade para participar ativamente de seu processo de formação, são aspectos facilitadores** para o ensino da promoção da saúde.

Dificuldades e facilidades eu acho que são as inerentes ao ensino das outras disciplinas, não vejo dificuldades maiores, não vejo! porque na verdade nosso aluno aceita bem, ele gosta até porque é onde ele começa a prática e não vêem a hora, então eu não vejo dificuldades grandes, diferentes das outras disciplinas ou das outras unidades curriculares. (E4)

Muitas coisas a gente vai trabalhando e ampliando a visão do aluno, ele desenvolve a ação, estabelece prioridades, desenvolve o raciocínio clínico, eles vão ouvir perguntas, vão responder...ele capta com bastante facilidade(E6).

Quando indagadas as entrevistadas atribuíram algumas mudanças ocorridas no ensino da promoção da saúde nos últimos cinco anos no currículo, tais como: **a mudança de nome da disciplina, mudança da carga horária e adaptação às diretrizes curriculares.**

A criação de um dos cursos, quase simultâneo à implantação das Diretrizes Curriculares trouxe como consequência a **incorporação dessas normas desde seu início.**

Olha a faculdade ela tem cinco anos, então nós já

começamos a fazer o curso com esse programa em Promoção da Saúde, então a única coisa que mudamos foi o nome da disciplina.(E1).

O curso é novo, então eu já montei o curso em cima das diretrizes curriculares, então as diretrizes já estavam prontas quando eu montei o curso, então o curso foi montado em cima das diretrizes curriculares, então ele já segue aquilo que as diretrizes fala.(E1).

A coordenadora E6 comenta que a reforma curricular priorizou a **introdução de metodologias ativas** e atividades interdisciplinares e multiprofissionais.

Fizemos uma reforma curricular mais em função de trabalho com metodologia ativas, de integrar melhor o aluno de vários níveis, integrar as turmas, desenvolver atividades programadas, multidisciplinares e interdisciplinares.(E6)

No curso mais antigo de fonoaudiologia, a entrevistada E3 comenta que a mudança envolveu apenas ao **nome da disciplina**.

Foi só a mudança do nome da disciplina Fonoaudiologia Preventiva, passou para Fonoaudiologia na Perspectiva da Promoção da Saúde, até para adequar mais o nome da disciplina ao conceito de como é vista a Promoção da Saúde. Nós já trabalhávamos um pouco com essa questão do ensino da promoção da saúde antes das diretrizes. (E3)

As diretrizes curriculares constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior. Considerando a perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, as instituições devem estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das grades curriculares, de atuar, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, a fim de garantir uma sólida formação

básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mundo do trabalho e das condições do exercício profissional.

Segundo Maia (2004), as demandas aos gestores no sentido de adaptar o currículo as novas diretrizes curriculares podem resultar em modificações pontuais ou na importação de modelos, em um processo que, na contra-mão da própria, definição de currículo como construção da própria escola, única, individual, histórica e socialmente inserida, impõe caminhos construídos em outros contextos e trilhados por outros indivíduos.

As entrevistadas E4 e E5 **valorizam a participação em programas educativos propostos em parceria entre o Ministério da Saúde e da Educação** que objetivam a ativação de mudanças nas IES para formar profissionais com perfis adequados às atuais demandas, o que parece ter impacto positivo nesta instituição.

As mudanças têm ocorrido sim . Elas têm ocorrido no sentido bastante progressista, no sentido de acompanhar o que está acontecendo no contexto do Brasil, então a gente está sempre em contato até obrigatório, não é nem de escolha nossa, mas é obrigatório, com o projeto do AprenderSUS, VerSUS, que de certa forma trouxe algumas modificações já para o nosso modo de ver, de formação profissional...a inserção da Saúde Coletiva, do nosso curso que aconteceu junto com a medicina, eu acho que foi uma escolha muito feliz, porque fez a gente participar desta disciplina, são estas as modificações que aconteceram nestes últimos 5 anos. (E4)

**As transformações que ocorrem no sistema de saúde e no ensino superior**, especialmente na área da saúde, são facilitadores do ensino da promoção da saúde na perspectiva desta coordenadora:

O que ocorreu de mudanças de ensino nos últimos cinco anos, eu acho que o mais importante de fato um esforço de trabalho conjunto do Ministério da Saúde com o Ministério da Educação...de procurarem trabalhar em conjunto na formação desses profissionais na área da saúde e isso tem gerado mudanças grandes porque na hora que você percebe que a educação tem que estar junto com a saúde. No nosso caso ,

...você deixa de ver a formação de um profissional tão estanque, então só tenho que me preocupar com a educação dele...então eu acho que a grande mudança é exatamente isso, o esforço da gente formar profissionais que possam atuar na Promoção da Saúde e tenha ferramenta para isso....mas eu e todos os professores envolvidos, a gente tem participado de tudo o que acontece ...e o que não chega pela fonoaudiologia, chega pela medicina ou enfermagem, mas o que eu posso te dizer é que todos os movimentos estão acontecendo na medicina e que eu estou acompanhando de alguma forma e a fonoaudiologia tenho acompanhado, eu acho que é muito bom, porque eu também sinto que na nossa área tem gente mobilizada para fazer, para auxiliar nessa mudança. Não vai ser uma mudança muito fácil. (E5).

**As iniciativas e parcerias de políticas para a formação do profissional da área da saúde como os Pólos de Educação Permanente, o VerSUS,** são consideradas como um aspecto importante na fala das entrevistadas E2, E4 e E5.

Eu acho que sem dúvida a questão das diretrizes, eu acho que a questão da política dos SUS, todas as discussões que têm ocorrido em termos de Saúde Pública no país e até de fazer vingar as políticas, é sem dúvida o que está forçando uma reestruturação. Ainda, os Pólos Permanentes de Educação em Saúde.(E2).

Acompanhar o que está acontecendo no contexto do Brasil, então a gente está sempre em contato até obrigatório, com o projeto VerSUS, que de certo modo trouxe modificações no nosso modo de ver, de formação profissional.(E4)

Essa parceria foi exatamente do Ministério da Educação e o da Saúde. Procuraram trabalhar juntos na formação desses profissionais na área da saúde, porque você percebe que a educação tem que estar junto com a saúde. Você deixa de ver uma formação tão estanque, neste sentido vou formar profissionais que possam entrar na Promoção da Saúde.(E5)

Assim como vem ocorrendo com as transformações curriculares nos

cursos de medicina e enfermagem, na fonoaudiologia têm ocorrido importantes transformações em busca da formação de um novo perfil profissional. É esperado que as IES repensem os seus cursos adequando-os à situação atual, não de forma irreflexiva e nem atendendo exclusivamente às tendências do mercado. E por isso é importante que se configure e incorpore um novo quadro de formação docente.

No caso da Fonoaudiologia, citamos como iniciativa inovadora na capacitação docente, as oficinas realizadas pela Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa) no ano de 2006 nas cinco regiões do país, com o objetivo de estimular as competências dos docentes, discentes de Fonoaudiologia e fonoaudiólogos que atuam na graduação, para refletir, articular e argumentar sobre a integralidade na atenção à saúde da população, na perspectiva da formação profissional em nível de graduação. Compartilham assim, das discussões que envolvem o SUS e oferecendo então novos elementos e abordagens pedagógicas dos cursos de fonoaudiologia, que devem favorecer a articulação dos conhecimentos e a atuação em equipes multiprofissionais. Atividades práticas ao longo de todo o curso são promovidas. (SBFa, 2006). (<http://www.cpqam.fiocruz.br/oficinasussbfa> . Acesso 14 de janeiro de 2007).

É interessante destacar que algumas coordenadoras consideram as questões sociais, as mudanças que se estão operando, as necessidades atuais da população, o mundo do trabalho, discussões em fóruns de pólo de educação permanente, a política do Sistema Único de Saúde (SUS) e as novas exigências da carreira profissional como uma forma de se referir à importância das Diretrizes Curriculares. Nesta perspectiva, existe uma maior possibilidade de repensar, discutir uma nova composição curricular mais atualizada e um profissional crítico e reflexivo. Estamos em um momento em que a sociedade se volta para obter seu direito à saúde cada vez mais, principalmente no que diz respeito aos aspectos preventivos do processo saúde e doença, reconhecendo-se como sujeito das mudanças de seus padrões de vida.

Na ótica da entrevistada E2 **as mudanças curriculares têm promovido uma valorização da formação de fonoaudiólogo que amplia sua atuação em saúde pública**, isso reflete tanto em aumento de carga horária nas disciplinas como durante os estágios.

Olha, se eu pensar nos últimos cinco anos , eu acho que foi um aumento da carga horária, desses conteúdos voltados para essa área, eu acho que foi o maior destaque para estas questões no curso e quando os outros professores estão trabalhando nas diferentes áreas, faz sempre uma ponte com essas coisas, eu acho que para nós especificamente como eu disse no currículo anterior a gente já tinha algumas, já tinha parte teórica e tinha estágios, mas não específicos mas agora no currículo novo a gente acrescentou um estágio específico em Saúde Pública já no sexto semestre.(E2).

No tocante a estas falas achamos que é importante levar em consideração o curso e suas necessidades, bem como os interesses dos alunos ao meio social em que vivem. Na atualidade discutem-se formações mais abrangentes, que resultarão no perfil coerente com as diretrizes curriculares. Assim, os currículos das IES determinaram os conteúdos a serem ensinados, contemplando esta formação.

Masetto (2003) define currículo como sendo um conceito etimológico e que significa tudo aquilo que precisa ser ensinado ou aprendido segundo uma ordem de progressão determinada num ciclo de estudos. É a idéia de currículo ligada a curso, a percursos, a uma organização de assuntos, ou de conhecimentos, ou de tudo aquilo que você deveria aprender. A preocupação é: como ordenar o que precisa ser aprendido numa ordem determinada.

O mesmo autor também entende currículo como um conjunto de conhecimento, de saberes, competências, habilidades, experiências, vivências e valores que os alunos precisam adquirir e desenvolver, de maneira integrada e explícita, mediante práticas e atividades de ensino e de situações de aprendizagem.

No presente estudo é possível perceber que as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação de Fonoaudiologia direcionam a

formação geral e a específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação profissional.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, desenvolvido pelo interesse da autora, produziu resultados que, por um lado, contribuíram para reflexões e críticas pessoais, e por outro, poderão constituir-se como base para reflexões e discussões mais amplas na área de formação do fonoaudiólogo. Tendo como objetivo caracterizar o ensino da promoção da saúde em cursos de graduação da cidade de São Paulo, sob o olhar dos coordenadores. Os objetivos específicos se propuseram a identificar momentos, situações e cenários, mapear as concepções das coordenadoras e as práticas deste ensino e descrever as dificuldades, facilidades e mudanças. Para alcançarmos esses objetivos, buscamos no referencial teórico ampliar nossa compreensão acerca do histórico da fonoaudiologia, das tendências atuais na formação, sendo realizado um trabalho exploratório descritivo com abordagem qualitativa.

No momento atual dos cursos de fonoaudiologia que se encontra em um processo de reflexão sobre a formação do fonoaudiólogo o que tem levado à reestruturação dos currículos. Nesta pesquisa constatamos que todas as IES pesquisadas a carga horária curricular é maior do que a preconizada pela legislação. O número de vagas oferecido é maior nas instituições privadas, a proporção de alunos que estudam em IES privadas em relação às públicas tende a aumentar, nos últimos anos percebe-se uma diminuição pela procura dos cursos de fonoaudiologia, o que pode indicar dificuldades destes profissionais se inserirem no mundo do trabalho.

Quanto ao perfil das coordenadoras, constatamos que possuem alta titulação acadêmica e considerável experiência docente já que sua inserção nas IES aconteceu logo após sua graduação acadêmica. Este dado e a prolongada permanência na mesma instituição podem indicar um comprometimento e envolvimento maior com o processo de formação do fonoaudiólogo.

As entrevistas e sua aproximação com a literatura permitiram desvelar algumas concepções sobre a promoção da saúde na formação do fonoaudiólogo. Para as coordenadoras, o ensino da promoção da saúde é relevante para a inserção e atuação no Sistema Único de Saúde, em todas as áreas da

fonoaudiologia e nos diferentes níveis de assistência. E que o ensino da promoção da saúde amplia a possibilidade de atuação do fonoaudiólogo em equipes multidisciplinares.

As coordenadoras entendem que a promoção da saúde envolve aspectos educativos e mudanças de estilo de vida, visando fatores comportamentais sob a responsabilidade dos indivíduos, mas também sinalizam concepções mais amplas centradas em políticas saudáveis, na intersetorialidade e no planejamento de ações em saúde como fatores relacionados à qualidade de vida.

As dimensões cognitivas, atitudinal e procedimental estão presentes nos planos de disciplina analisados existindo correlação entre os objetivos e os conteúdos programáticos e práticas de ensino. Porém a dimensão cognitiva é a mais enfatizada o que pode traduzir modelos docentes centrados nos aspectos teóricos e na transmissão da informação com centralidade no professor.

Dentre as estratégias de ensino-aprendizagem e avaliação, a aula expositiva, com uso de recursos audiovisuais e a prova, aplicada no final do processo, são as práticas mais comuns. Sobre o de metodologias ativas, só duas coordenadoras referiram sua utilização. A importância de desenvolver práticas de ensino centradas no aluno, sabendo que a relação com o cotidiano e a aplicação prática, a valorização do que o aluno já sabe as conexões entre as diversas disciplinas, ampliam as chances de construção do conhecimento. Seria relevante utilizar estratégias inovadoras no ensino da promoção da saúde em diferentes cenários.

Dentre as dificuldades relatadas pelas coordenadoras, estão: a escassa carga horária destinada o ensino da promoção da saúde, número insuficientes de professores para supervisionar estágios, a falta de formação em saúde pública dos mesmos, campo de prática insuficiente, descontinuidade dos convênios para desenvolver programas com os serviços de saúde, falta de recursos financeiros, falta de comprometimento do aluno com o estágio no serviço público, o não (re)conhecimento do profissional fonoaudiólogo nos serviços de saúde.

Os cursos de fonoaudiologia que se originaram da área da saúde encontram facilidades, na opinião das coordenadoras, para o ensino da promoção da saúde já que possuem uma trajetória de trabalho e aproximação na

área da saúde e são influenciados pelos movimentos de mudanças que estão ocorrendo nos demais cursos da área. Contam, além disso, com os cenários de práticas para realizar o estágio supervisionado e existem relatos de que os alunos mostram maior interesse pela inserção nos serviços de saúde. Entretanto nesses cursos a influência do modelo biomédico pode ter prejudicado uma análise mais ampla do processo saúde-doença e o papel fundamental da educação em saúde, discussões que estão mais presentes nos cursos originados das Ciências Humanas.

Dentre as mudanças ocorridas nos últimos cinco anos nos cursos de fonoaudiologia estudados, as coordenadoras, relatam desde aspectos pontuais, como a alteração do nome da disciplina e readequação da carga horária, até aspectos mais amplos que envolvem a incorporação das propostas das Diretrizes Curriculares em um movimento de adequação do perfil profissional para atender as demandas sociais. Neste sentido, a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a incorporação de conteúdos relativos à Saúde Pública, a participação de docentes em eventos formativos e o envolvimento em programas do Ministério da Saúde em parceria com o da Educação, como o AprenderSUS e o VerSUS, são indicadores da ativação de mudanças nos cursos de fonoaudiologia.

Embora as coordenadoras enfatizem sobre a importância do ensino da Promoção da Saúde, a maioria das mudanças referidas envolve aspectos curriculares. Discussões amplas que envolvam todos os atores que participam no planejamento do Projeto Político Pedagógico precisam ser aprofundadas na área da fonoaudiologia. A transversalidade do ensino da promoção da saúde, aspectos institucionais, a relação ensino-assistência, a contrapartida ensino superior e serviços de saúde, a formação dos professores são aspectos que precisam ser incorporados para a formação profissional do fonoaudiólogo, assim como com as competências que atendam as necessidades sociais, especialmente as referidas ao trabalho multiprofissional, a dimensão cuidadora e o entendimento do processo saúde-doença considerando os determinantes biológicos e sociais.

Achamos importante levar em consideração o curso e suas necessidades,

bem como os interesses dos alunos ao meio social em que vivem. É de extrema importância a aproximação com outras realidades, muitas vezes desconhecida ou muito distante da realidade dos alunos. O desinteresse e a falta de motivação podem comprometer a formação: não se pode formar um profissional distante do seu papel social como profissional e cidadão.

Encontramos neste estudo coordenadoras comprometidas com o ensino e a formação do fonoaudiólogo, que reconhecem suas limitações, mas procuram superá-las e transformá-las.

Os resultados desta pesquisa me permitem elaborar algumas questões que podem levar a futuros desdobramentos:

- Quais são as opiniões dos egressos dos cursos pesquisados em relação a sua formação para atuar no Sistema Único de Saúde?
- De que forma o profissional fonoaudiólogo atua no sistema de saúde?
- Qual a formação necessária do professor que leciona na área da Saúde Coletiva?

Chegar ao final desta pesquisa é concluir mais uma etapa em meu percurso acadêmico e atribuir novos significados a ela, me impulsionar para uma nova visão do mundo da fonoaudiologia, enriquecida pela diversidade da leitura que me permitiu realizar este trabalho. Assumo como um compromisso a divulgação desta pesquisa a todos aqueles que dela fizeram parte, direta ou indiretamente, revelando que fonoaudiologia ainda tem muito por contribuir e fazer por uma sociedade mais justa.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA,M. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área da saúde.**Londrina: Rede Unida,2003.

ANDRADE,C.R.F. Fonoaudiologia e Saúde Pública. **Anais do Encontro Nacional de Fonoaudiologia Social e Preventiva.** São Paulo:19-23.1988.

ANDRADE,C.R.F. Níveis de ações preventivas e possibilidades de ações promovidas pela fonoaudiologia, In: **Anais do VI Seminário Interdisciplinar Fonoaudiologia e Saúde Pública.** São Paulo, 1994.

ANDRADE,C.R.F. **Fonoaudiologia Preventiva:** Teoria e Vocabulário Técnico-Científico. São Paulo: Lovise, 1996.

ARAÚJO,E.M.M. **O ensino da fisioterapia preventiva na formação profissional do fisioterapeuta na Região Norte,** 2006. 113 p .São Paulo. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de São Paulo- Escola Paulista de Medicina,2006.

BATISTA, N.A., BATISTA, S.H. Introdução - A docência em saúde: desafios e perspectivas. In: BATISTA,N.A .; BATISTA, S,H. (orgs.): **Docência em saúde:** temas e experiências. São Paulo: Editora Senac, 2004. p. 17-31.

BATISTA, N.A. Planejamento na prática docente em saúde. In: BATISTA,N.A .; BATISTA, S,H. (orgs.). **Docência em saúde: temas e experiências.** São Paulo: Senac, 2004. p. 34-56.

BATISTA, N.A., SILVA, S.H.S. **O Professor de Medicina: conhecimento, experiência e formação.** 2.ed. São Paulo: Editora Loyola, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Seção II, p. 133-4.

\_\_\_\_\_. Leis nº 6.965, de 09 de dezembro de 1981. Regulamenta a profissão de Fonoaudiólogo. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 09 de dez de 1981.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais**. Disponível em: [www.mec.gov.br/sesu/diretriz.shtm](http://www.mec.gov.br/sesu/diretriz.shtm). Acesso em: 09 de outubro de 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundswall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Declaração do México e Rede de Mega Países, Brasília, 2001, p 112.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. CNE. Resolução CNE/CES. 5/2002. Diário Oficial União; Brasília, 4 de março 2002.

BEDIN, N. Saúde coletiva e fonoaudiologia. In: **Anais do Encontro Nacional de Fonoaudiologia Social e Preventiva**. p.14-18, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **ABC do SUS**: doutrinas e princípios. Brasília, 1990.

BEFI, D. **Fonoaudiologia na atenção primária a saúde**. In: BEFI, D (org) **Fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde**. São Paulo. Editora Lovise .vol III 1997.

BERBERIAN, A. P. Linguagem e fonoaudiologia: uma análise histórica. **Distúrbios da comunicação**, São Paulo, 12(2):265-278, jun, 2001.

BERTOLLI, C.F. **História da Saúde Pública no Brasil**. 4 ed. São Paulo. Editora Ática, 2004.

BOGDAN,R,; BIKLEN,S. **Investigação Qualitativa em Educação**: Uma introdução à teoria e aos métodos. Portugal.Editora Porto, 1994.

BULCÃO,L.G. O ensino médico e os novos cenários de ensino-aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v 28,nº 1, jna/abr.2004.

BUSS, P.M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, 1999, vol.15 supl.2, p.177-185.

CANDEIAS, N. M.F. Conceitos de Educação e de Promoção em Saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.2, p. 209-13, abril. 1997.

CAPPELLETTI,I.F. **Fonoaudiologia no Brasil**: reflexões sobre os seus fundamentos:São Paulo: Editora Cortez; 1985.

CAPPELLETTI,I.F. O lugar onde o fonoaudiólogo “habita”. In: FERREIRA, L.P.(org) 3º ed. São Paulo; Editora Plexus, 2001.

CATANI, M.A. ;OLIVEIRA, J.F; DOURADO,L.F. Política Educacional, mudanças no mundo do trabalho e reforma curricular dos cursos de graduação no Brasil. **Educação & Sociedade**, 67-83: nº 75, agosto, 2001.

CAVALHEIRO, M.T.P. A saúde e a educação na prática e na formação do fonoaudiólogo. In: LACERDA,C.B.F.;PANHOCA,I. (orgs) Tempo de fonoaudiologia.São Paulo: Editora Universitária: p 179-186,1997.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L.C. M. Mudança na graduação das profissões **de** saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, set./out. vol.20,no.5, p.1400-1410,2004.

CHUN, R.Y.S.Promoção de Saúde e as Práticas em Fonoaudiologia. In: FERREIRA, L.P.; BEFI-LOPES, D; LIMONGI, S.C.O. (orgs.) **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo:Editora Roca, 2004. Cap.41.

Conselho Federal de Fonoaudiologia. Lei 6965/81. Código de Ética do Profissional Fonoaudiológico. CID-10- Resumo Fonoaudiológico.

Conselhos de Saúde e Controle Social. **Radis - Reunião, Análise e Difusão de Informações sobre Saúde**. Fiocruz, nº 81, julho, 2001.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre a prevenção e promoção .In: CZERESNIA, D; MACHADO, C, F. (orgs) . **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DAHAN,D.**Atuação fonoaudiológica em saúde pública: uma abordagem preventiva** [Documento on-line].

Disponívelem:<http://www.fonoaudiologia.com/trabalhos/artigos/artigo-026.htm>.

Acesso em 10 fev de 2007.

ESCOREL,.S. NASCIMENTO,D.R.; EDLER,.F.C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In. LIMA, N.T et al.(org). **Saúde e Democracia**: trajetória e perspectivas do SUS. Editora Fiocruz., Rio de Janeiro, 2005.

FEUERWERKER,L.C.M. **Além do discurso da mudança na educação médica**: processos e resultados. São Paulo, Editora Hucitec,2002.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia-Saberes necessários à prática educativa. 30 ed. Editora Paz e Terra. São Paulo, 1996.



GARBIN,W. O sistema de saúde no Brasil. In: RAIMUNDO, M. V. et al. (org) **Fonoaudiologia e Saúde Pública**. 2 ed. Ver e ampl, São Paulo: Editora Carapicuíba, 2000.

GASTÃO, W.S.C. **Saúde Paidéia**. 2<sup>o</sup> ed. São Paulo. Editora Hucitec. 2005.

GOULART, B.N.G. A Fonoaudiologia e suas inserções no SUS: análise prospectiva. **Revista Fonoaudiologia Brasil.**, v.2, n. 4, dez, , p. 29-34, 2003.

GUEDES, Z.C.F.Uma experiência de Atuação Acadêmica em Fonoaudiologia Escolar. **Acta Awho**. São Paulo,2(2):7-13,1983.

GUEDES, Z.C.F. Fonoaudiologia:uma opção pela prevenção. In:FERREIRA. L,P. (org.) **O Fonoaudiólogo e a Escola**. São Paulo.Editora Plexus, 2001.

GUEDES, Z.C.F. A atuação do fonoaudiólogo e seu papel na escola..In: BEFI,D (org) **.Fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde**.São Paulo. Editora Lovise .vol III 1997.

HADDAD, A. E et al. A trajetória dos cursos de graduação na saúde:1991-2004. In: HADDAD, A.E (orgs). Brasília: **Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, INEP** . p 243-275, 2006.

Informações e Conceitos Básicos para a consolidação do SUS - **Secretária da Saúde**- Governo do Estado de São Paulo, nov, 2000.

LAKATOS, E.M; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**,6<sup>o</sup> ed, São Paulo: Editora Atlas 2005.

LEAVELL, H.R.; CLARK, E.G. **Medicina preventiva**. Rio de Janeiro: Mc Graw-Hill do Brasil, 1976.

LIMA, N.T.; et al. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma

Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N.T et al.(org). **Saúde e Democracia: trajetória e perspectivas do SUS**. Editora Fiocruz., Rio de Janeiro, 2005.

LINS,L.Programa Ambulatório da Área de Atenção Primária do Curso de Fonoaudiologia da USP. **Anais do Encontro Nacional de Fonoaudiologia Social e Preventiva**. São Paulo:p.141-142,1988.

LOPES, A. O. Aula expositiva: superando o tradicional. In: VEIGA, I.P.A. (org). **Técnicas de ensino, por que não?** 12 ed. Campinas. Editora Papirus,2001 p.35-48

MAIA, J. A. . O currículo em ensino superior na saúde. In: BATISTA, N. A. ;BATISTA, S. H. **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2004.

MARIN,C.R.;CHUN,R.Y.S.;SILVA,R.C.;FEDOSSE,.E.;LEONELLI,.B.S.;SILVA,.R. C.D Promoção da saúde em fonoaudiologia: ações coletivas em equipamentos de saúde e de educação.**Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**.São Paulo v (8) n (1):35-41.2003.

MARINS, J. J.N. Os cenários de aprendizagem e o processo do cuidado em saúde. In: MARINS, J.J.N. et al .(orgs). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo, ABEM, Editora Hucitec,2004.

MASETTO,M;T. **Competência pedagógica do professor universitário**. São Paulo. Editora Summus, 2003.

MASSON,M.L.V. **É melhor prevenir ou remediar? Um estudo sobre a construção do conceito de prevenção em Fonoaudiologia**. 1995. 142 p.

Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995.

MAZZOTTI,A.J.A. GEWANDSZNAJDER,F. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais**: Pesquisa Quantitativa e Qualitativa. 2º ed, São Paulo: Editora Pioneira, 1999.

MEIRE.I . História do fonoaudiólogo no Brasil. **Distúrbios da Comunicação**. São Paulo,8(1):87-92,junho,1996.

MENDES,V. L. F. Fonoaudiologia e Saúde Coletiva:Perspectivas de atuação nos Serviços Públicos de Saúde. **Distúrbios da Comunicação**. São Paulo, 10(2):213-224, jun.,1999.

MENDES,V.L.F.Acesso à saúde em fonoaudiologia. In: BEFI,D(org) **.Fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde**.São Paulo. Editora Lovise.vol III,p43-56, 1997.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z.; M, A .; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.5, no.1, p.7-18, 2000.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 8º ed , São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

NICOLETTI,S. Medicina e educação em saúde: perspectivas e práticas em cenários de trabalho. In: BATISTA,N.A.; BATISTA,S.H.; ABDALLA,I.G.(orgs). **Ensino em Saúde**: visitando conceitos e práticas. São Paulo: Editora Arte e Ciência. 2005.

NORONHA, A. B. Graduação é preciso mudar. Transformações dependem de políticas de educação e de saúde. Radis,5 dez ,2002, p 9-16.

OKIDA, Y. **Os Cursos de Fonoaudiologia no Brasil: uma avaliação**

**curricular.** 1996, 118 p. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 1996.

OKIDA, Y; VIEIRA, R.M. Os Cursos de Fonoaudiologia do Brasil. In: RAIMUNDO, M. V. et al. (org) **Fonoaudiologia e Saúde Pública.** 2 ed. Ver e ampl, São Paulo: Editora Carapicuíba, 2000.

OLIVEIRA,G.S.;KOIFMAN,L.;MARINS,.J.J.N. A busca da integralidade nas práticas de saúde e a diversificação dos cenários de aprendizagem. O direcionamento do curso de medicina da UFF. In: PINHEIRO,R.; MATTOS,R.A.**Cuidado-As fronteiras da integralidade.**Rio de Janeiro, Editora Hucitec,2003.

PENTEADO, R.Z. A linguagem no grupo fonoaudiológico: potencial latente para a promoção da saúde.2000, p 178. São Paulo. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo,2000.

PUCCINI, R.F. Histórico da Saúde Pública no Brasil. In:. RAIMUNDO, M. V. et al. (org) **Fonoaudiologia e Saúde Pública.** 2 ed. Ver e ampl, São Paulo: Editora Carapicuíba, 2000.

RAMALHÃO,A . B. **Ensino na área da saúde: aproximações às estratégias de ensino-aprendizagem dos professores de Terapia Ocupacional.**2006. 229 p, São Paulo, Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina,2006.

REDE UNIDA. Contribuição da Rede Unida para as novas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da Área de Saúde.**Olho Mágico.** Londrina,v (16), p.11-28. 1998.

RODRIGUES,V.S.;REZENDE,.M.T.M.C.;MARCHIORI,.L.L.M. Estratégias para a implantação das diretrizes curriculares nacionais nos cursos de fonoaudiologia.

**Olho Mágico.** Londrina, v 10,n 4; p 55-60, out/dez.2003.

RUIZ-MORENO, L. Jornal vivo: um relato de uma experiência de ensino-aprendizagem na área da saúde. Interface: comunicação, saúde e educação. Botucatu,v 9,n 16, p. 195-204, fev.2005.

SILVA, R.C. **A Construção da Prática Fonoaudiológica no Nível Local Norteada Pela Promoção da Saúde no Município de Piracicaba.** 2002. 158 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.

SILVEIRA, A. J. **Metodologia do trabalho.** 2 ed. Ver e ampl, São Paulo: Editora Cortez,2002.

SONZOGNO, M.C. Metodologias no ensino superior: algumas reflexões. In: BATISTA,N.A .; BATISTA, S,H. (orgs.). **Docência em saúde:** temas e experiências. São Paulo: Editora Senac, 2004. 75-84.

SOUZA, E.M.; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cad Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 20(5):1354-1360, set/out,2004.

WERTZNER, H.F. Ambulatórios de Fonoaudiologia em Unidade Básica de Saúde. In: BEFI,D (org) **.Fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde.**São Paulo. Editora Lovise .vol III 1997.

## 7. ANEXOS

### ANEXO I

#### Roteiro da Entrevista dirigido aos coordenadores.

Nome da Instituição:

#### 1.Dados Pessoais:

Nome:

Ano de nascimento

Tempo em que está no cargo de coordenador(a) do curso:

Formação

Graduação:

Ano de conclusão:

Instituição de graduação:

Titulação acadêmica:.

.Exerce a docência? Sim ( ) Quanto tempo?     anos / Qual foi a área?

Não ( )

#### 2.Dados do curso:

2.1. Início do curso (primeira turma) ano:

2.2. Duração do curso: Curso anual ( ) semestral ( )

Horário do curso: integral ( ) matutino ( ) vespertino ( ) noturno ( )

#### 3. Dados sobre o ensino da Promoção da Saúde:

3.1. Como está inserida o ensino da Promoção da Saúde no currículo do curso?

Disciplina ( )    Módulo ( )    Não tem este conteúdo no currículo ( )  
outras formas.Quais?

3.2 Qual o nome da disciplina que a Promoção da Saúde está inserida?

3.3 Em que momento ela está inserida? Que conteúdos são trabalhados

em cada semestre ou ano?

3.4. É um conteúdo obrigatório ou opcional?

3.5. Qual a carga horária reservada para este conteúdo da Promoção da Saúde em atividades teóricas ?

3.6. Qual a importância, o por quê ensinar a Promoção da Saúde ao aluno de fonoaudiologia?

3.7. O que você entende por Promoção da Saúde?

3.8. Quais as estratégias didáticas utilizadas para ensinar o conteúdo da Promoção da Saúde?

3.9. De que forma a Promoção da Saúde contribui na formação do fonoaudiólogo? E em que áreas de atuação profissional ele pode utilizar a Promoção da Saúde?

4.0. Quais as facilidades e dificuldades no ensino da Promoção da Saúde? Têm ocorrido mudanças no ensino da Promoção da Saúde nos últimos cinco anos?

## **ANEXO II**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Esta pesquisa intitulada de **“O ENSINO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CURSOS DE GRADUAÇÃO DE FONOAUDIOLOGIA DA CIDADE DE SÃO PAULO: O OLHAR DOS COORDENADORES”**.

Estas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo que visa realizar um estudo com o objetivo de analisar a formação do fonoaudiólogo em relação à promoção da saúde, nos cursos de fonoaudiologia da Cidade de São Paulo sob o olhar dos coordenadores dos cursos.

A presente pesquisa é um estudo exploratório descritivo combinado com uma análise documental e uma entrevista orientada por um roteiro.

Todas as informações recebidas serão cuidadosamente utilizadas para o fim deste estudo e serão analisadas conjuntamente com os demais dados dos participantes, não sendo divulgado a identificação de nenhum participante. Fica assegurado, também, o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou resultados que seja, do conhecimento do pesquisador.

Os participantes da pesquisa, coordenadores e professores, poderão se beneficiar das informações obtidas e as conclusões apresentadas ao final do estudo.

Os participantes responderão a entrevista orientada pelo roteiro, com o principal pesquisador deste estudo.

Em qualquer etapa o estudo, os participantes da pesquisa poderão ter acesso ao pesquisador responsável, para qualquer esclarecimento que se fizer necessário. O principal investigador deste estudo é a Mestranda Isis Alexandrina Casanova que poderá ser encontrada na Rua: Borges Lagoa nº 1341, Vila Clementino, São Paulo/SP, CEDESS – UNIFESP, telefone (11)5549-0130.

Caso os participantes tenham alguma dúvida ou um esclarecimento, sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa localizada a Rua: Botucatu, nº 572, 1º andar, conj 14, Vila Clementino São Paulo/SP telefone (11) 5571-1062, Fax:5539-7162.

Está garantido o direito de retirada do consentimento a qualquer momento, bem como de deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há



compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento de pesquisa.

Eu, Isis Alexandrina Casanova, declaro meu compromisso de utilizar os dados coletados somente para a realização desta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li, descrevendo o estudo: **“O ENSINO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CURSOS DE GRADUAÇÃO DE FONOAUDIOLOGIA DA CIDADE DE SÃO PAULO: O OLHAR DOS COORDENADORES”**.

Eu discuti com a Mestranda Isis Alexandrina Casanova sobre a minha decisão em participar deste estudo. Ficaram claros também quais serão os princípios e propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, a ausência de riscos pessoais e a garantia de confidencialidade e de esclarecimento permanente. Ficou claro também a minha total isenção de despesas, que não haverá qualquer forma de remuneração ou compensação financeira e que tenho garantia do acesso aos dados quando necessário.

Assim concordo voluntariamente em participar deste estudo e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do participante

Data:

Assinatura da testemunha

Data:

*(Somente para o responsável do projeto)*

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o *Consentimento Livre e Esclarecido* deste indivíduo para a sua participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data:

### ANEXO III

Carta de consentimento Institucional.

São Paulo.....2005.

Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo

A quem de direito

Assunto: Autorização de Coleta de Dados para pesquisa de Mestrado-UNIFESP.

Prezado (a) Senhor (a),

Como Coordenador (a) do Curso de Fonoaudiologia da ..... autorizo a coleta de dados da pesquisa intitulada **“O ENSINO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CURSOS DE GRADUAÇÃO DE FONOAUDIOLOGIA DA CIDADE DE SÃO PAULO: O OLHAR DOS COORDENADORES”** da aluna do Programa de Mestrado do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo Isis Alexandrina Casanova, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lídia Ruiz Moreno e sob a co-orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Alcídia Moraes condicionada à aprovação para a realização da referida pesquisa pelo comitê de ética da UNIFESP.

Sem mais a declarar, despeço-me.

Atenciosamente,

---

Coordenador (a) do Curso de Fonoaudiologia da  
Faculdade

## ANEXO IV

Carta de Esclarecimento Institucional.

São Paulo, .....2005.

Curso de Graduação em Fonoaudiologia

A/C do Sr (a) Coordenador (a) Pedagógico

Prof.<sup>(a)</sup> Dr.<sup>(a)</sup>

Assunto: Coleta de Dados para pesquisa de Mestrado-UNIFESP.

Prezado Senhor (a),

Como aluna do Mestrado do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo, estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulada de **“O ENSINO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CURSOS DE GRADUAÇÃO DE FONOAUDIOLOGIA DA CIDADE DE SÃO PAULO: O OLHAR DOS COORDENADORES”** sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lúcia Ruiz Moreno e sob a co-orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Alcídia Moraes que tem como objetivo analisar a formação do fonoaudiólogo em relação à promoção da saúde, nos cursos de fonoaudiologia da Cidade de São Paulo sob a ótica dos coordenadores dos cursos.

Os eixos da pesquisa estão sendo direcionados a partir das questões norteadoras e do referencial teórico. Nesse sentido o roteiro da entrevista organiza-se nos seguintes eixos: *conteúdo teórico-prático do ensino da promoção da saúde na formação do aluno em fonoaudiologia, concepções e práticas que envolvem a promoção da saúde, contribuição da promoção da saúde na formação.*

Trata-se de um estudo com uma abordagem qualitativa, não tendo qualquer conotação comparativa ou avaliativa. Os dados serão coletados através de uma entrevista semi-estruturada com o Coordenador do Curso de Fonoaudiologia.

Os Cursos de Graduação em Fonoaudiologia existentes na cidade de São Paulo constituem o contexto privilegiado para esta pesquisa.

Considerando as diversas exigências do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA da UNIFESP, venho por meio desta requerer autorização para realizar a referida pesquisa na Instituição que V.S. dirige, caso o projeto seja aprovado pelo referido Comitê.

Caso concorde, gostaria de solicitar uma **carta de concordância**, a qual é condição essencial para encaminhamento dos trâmites para o Comitê de Ética da UNIFESP.

Certo de poder contar com sua colaboração, coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Respeitosamente,

Isis Alexandrina Casanova

Pesquisadora responsável.

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lúcia Ruiz Moreno

Professora Orientadora

Prf.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Alcídia Moraes

Professora Co-orientadora

CEDESS/UNIFESP